В. В. КУПРИЯНОВ, Л. М. СУХАРЕБСКИЙ, Г. Д. НОВИНСКИЙ

ЛИЦО БОЛЬНОГО

АТЛАС

МОСКВА • 1971

В. В. КУПРИЯНОВ, Л. М. СУХАРЕБСКИЙ, Г. Д. НОВИНСКИЙ

ЛИЦО БОЛЬНОГО

АТЛАС

ИЗДАТЕЛЬСКОЕ БЮРО
РЕСПУБЛИКАНСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ МЕДУЧПОСОБИЕ
МОСКВА 1971

Под редакцией проф.
С. С. МИХАЙЛОВА

ПРЕДИСЛОВИЕ

Мы поставили перед собой задачу произвести современный научный анализ мимики больных, которая часто свидетельствует о физических недомоганиях и психических переживаниях.

Для этого врачом *Г. Д. Новинским* в течение ряда лет был произведен отбор терапевтических, хирургических и неврологических больных в ряде больниц и клиник гор. Москвы.

Изучение мимических расстройств у психических больных было осуществлено *Л. М. Сухаребским.*

Глава «Лицо человека» написана *В. В. Куприяновым,* а глава «Лицо в патологии» *Л. М. Сухаребским.*

Наша работа рассчитана, главным образом, на врачей и студентов.

Изучение внешней картины болезни по выражению лица у здоровых и больных может быть облегчено при использовании нашего труда на кафедрах анатомии, терапии, хирургии, психиатрии и нервных болезней.

Наша работа должна быть полезна также для психологов, косметологов, гримеров, артистов и художников.

Составители данного атласа выражают искреннюю благодарность руководителям учреждений гор. Москвы, представившим возможность выполнения уникальных фотографий лиц больных.

В числе этих учреждений научно-исследовательский институт нейрохирургии АМН СССР (директор действительный член АМН СССР проф. *А. И. Арутюнов),* кафедра факультетской хирургии I МОЛМИ им. И. М. Сеченова (зав. член-корр. АМН СССР проф. *М. И. Кузин),* кафедра факультетской терапии I МОЛМИ И. М. Сеченова (зав. член-корр. проф. *З. А. Бондарь),* кафедра психиатрии I МОЛМИ им. И. М. Сеченова (зав. заслуженный деятель науки проф. *В. М. Банщиков),* кафедра нервных болезней I МОЛМИ им. И. М. Сеченова (зав. проф. *В. В. Михеев)* кафедра нервных болезней педиатрического факультета 2 МОЛМИ им. Н. И. Пирогова (зав. проф. *Л. О. Бадалян*), научно-исследовательский институт эндокринологии АМН СССР (директор действительный член АМН СССР проф. *Н. А. Юдаев*), институт кардиологии АМН СССР (член-корр. АМН проф. *Е. И. Чазов),* 61 городская больница (главный врач *В. С. Бобов)* и др.

Мы признательны также практическим врачам названных учреждений, помогавших нам в работе. Произведения подобного рода выпускаются в нашей стране впервые.

Все оригинальные фотографии сделаны Ф. Ф. Новицким.

ЛИЦО ЧЕЛОВЕКА

В. В. Куприянов

Лицо, как объект исследования, издавна представляло интерес для многих специалистов. Довольно обстоятельно прослежена эволюция лица. Антропологи изучают расовые признаки лица. Эмбриологи раскрыли этапы его формирования. Художники были первыми из тех, кого вдохновила эмоциональная выразительность лица. Психологи стремятся читать выражение лица. А еще не так давно поборники псевдонауки физиогномистики полагали, что черты лица и особенности его строения выражают определенный тип людей, и по лицу пытались определять характер, интеллект и одаренность человека. Физиогномисты верили в абсурдные предположения, будто форма носа предопределяется темпераментом.

Эволюционисты правильно отметили, что тип лица у животных соответствует их поведению. Следовательно, утверждали они, анатомические и психологические признаки лица коррелируются с уровнем организации нервной системы. У человека такая зависимость тоже существует, но корреляции здесь сложнее, и их научный анализ фактически еще отсутствует. В лице человека непроизвольная, подсознательная мимика сдерживается и тормозится. Можно сказать даже, что во многих случаях она подчинена функциям коры больших полушарий головного мозга. Вполне естественно поэтому, что участие лица в различных видах экспрессии должно быть истолковано не только с позиций мимической моторики, но также в свете высшей нервной деятельности.

Мимика означает определенную конфигурацию отверстий, форму губ, ноздрей, положение век, направление и глубину естественных складок на лице, а также приобретенных в процессе жизни дополнительных борозд и морщин. У человека в связи с высокой дифференциацией головного мозга «преимущественными выразителями и физических, и психических процессов» (В. П. Воробьев) являются мимические мышцы.

Когда речь идет о лице, вводятся два понятия, якобы помогающие ориентироваться в объектах анализа. *Первое понятие* — **мимика,** хорошо и одновременно воспринимаемое всеми. *Второе понятие* — **физиономия.** Им определяется общий постоянный вид лица. Нам кажется это понятие лишним, поскольку само лицо всегда индивидуально, его выразительность безотносительно к проходящей мимике складывается под влиянием экспрессивной деятельности. Лицо и физиономия в сущности одно и то же. В лице воплощается доминирующая мимика, равно как и проходящая мимическая деятельность, впрочем, всегда определенная и детерминированная.

Таким образом, перед исследователем лицо выступает в своей противоречивости. С одной стороны, в его формировании принимают участие устойчивые анатомические признаки (в том числе форма и размеры костей лицевого черепа или скелета лица). С другой стороны, на лице отражается мимика, отличающаяся динамичностью и мимолетностью. Состояние

тонуса мышц влияет на положение глазных и ротовой щелей, на степень выраженности складок в каждый данный момент. Результатом взаимодействия этих двух противоречивых начал и оказывается вид лица. При различиях мимики в соответствии с проходящими эмоциональными состояниями и физическими испытаниями лицо выражает главный мотив, расшифровка которого составляет задачу врачей, психологов и художников.

Для изучения анатомии лица необходимо знание точных параметров, исследование пропорций. Анатомическое изучение мимики нуждается в получении более подробной информации, касающейся положения подвижных частей, состояния мягких тканей лица, характера взгляда, контурированности лица в целом и отдельных его элементов. Вместе с тем анатомическое изучение мимики неотделимо от физиологического ее изучения.

В мимике здорового и больного человека участвуют одни и те же мышцы, одни и те же координационные центры головного мозга. Поскольку психические состояния сопровождаются макро- и микромоторными реакциями, а мимическая мускулатура в наибольшей степени сохранила способность отражать эти психические состояния, очевидно, должны быть найдены анатомические основы мимической выразительности. У здоровых людей естественные мимические реакции нередко изменены из-за условностей и под влиянием воспитания. На лицах же больных людей физическое состояние и психические реакции выражаются в мимике в натуральном, непосредственном виде, поэтому эмоциональный интеллектуальный мир больного, его физическое состояние можно читать на лице с большой степенью достоверности.

Каждое мимическое движение лица может быть разложено на составляющие его компоненты, под которыми следует понимать сокращения или расслабления отдельных мимических (и жевательных) мышц. Разумеется, мускулатура лица, равно как лицевой скелет, формы и размеры носа, глазной и ротовой щели индивидуально различны, точно также индивидуально специфичны формы проявления нервно-мышечных актов. Вместе с тем могут быть установлены и типичные черты лица у разных людей, пораженных одной и той же болезнью. Это объясняется тем, что болезнь создает определенную настройку подкорковых ядер, управляющих мимикой, подавляет привычные условнорефлекторные мимические движения.

Подкорковые ядра у человека сохраняют значение центров инстинктивных, эмоциональных реакций. Тесная связь их с иннервацией мимических мышц позволяет управлять такими реакциями как радость, горе, ярость, испуг и т. п. При поражении подкорковых узлов (например, при энцефалите) отмечается амимия, сокращения мимических мышц исключаются, их тонус снижается, лицо больного становится маскообразным.

Бесспорно имеется возможность использовать мимику как один из ценных диагностических признаков. На это обращали внимание еще врачи древней Греции, в частности Гиппократ. Речь идет не только о диагностике заболеваний нервной системы, при которых возникают различные формы дисмимии или амимии вследствие поражения зрительного бугра, полосатого тела, ядер черепномозговых нервов. Важно учитывать мимику, общее выражение лица и при многих других болезнях. Крупный советский анатом В. П. Воробьев писал, что «целый ряд заболеваний внутренних органов обуславливает появление вполне своеобразных мимов...., поэтому врач, изучая мим, пытается выяснить состояние здоровья исследуемого». Конечно, не всегда легко исключить элемент субъективности в оценке мимики больного, но внимательный осмотр и опыт врача позволяют избежать ошибок.

Анатомический субстрат мимики раскрывается при изучении анатомии мышц и их нервных связей. Нарушение строения мимических мышц или поражение иннервирующих их нервов вызывает извращенную мимику. Патология мимики хорошо изучена только при неврологических синдромах. Толкование мимических реакций в клинике внутренних болезней наталкивается на разрозненность наблюдений и, кроме того, страдает из-за отсутствия патофизиологического анализа мимики. Тем настоятельнее кажется необходимость систематизации изобразительного материала, характеризующего динамичность мимики.

Анатомия лица

Лицевой череп составляет основу лица. К костям лицевого черепа относятся парные скуловые, носовые, слезные, нёбные, верхнечелюстные кости, нижние носовые раковины и непарные кости: нижняя челюсть и сошник.

Из всех этих костей лишь нижняя челюсть обладает подвижностью. На наружный рельеф лица влияют скуловые, носовые, верхнечелюстные кости, а также некоторые кости мозгового черепа (например, лобная и височные). Играют роль их размеры и форма, что предопределяет не только внешние параметры лица, но также объем, конфигурацию, глубину орбит, костную основу носа, величину и форму ротовой щели и все пропорции лица.

Границы лица обычно проводятся сверху по краю волосяного покрова головы, с боков по основанию ушной раковины и заднему краю ветви нижней челюсти. Нижняя граница лица совпадает с углом и нижним краем нижней челюсти. В пределах этих границ лежат все кости лицевого скелета, часть чешуи лобной и височных костей, глазничные части лобной кости и скуловые отростки височных костей.

Размеры лица определяются степенью развития лицевого черепа, на кости которого наслаиваются мягкие ткани. Следует учитывать зависимость размеров и общей формы лица от возраста, пола, расовой принадлежности, конституциональных и индивидуальных особенностей организма. Последние складываются под влиянием наследственных факторов, а также под влиянием причин биологического (патология) и социального порядка (питание, речь). Совершенно очевидно, что существует корреляция между развитием лица и степенью развития органа зрения, верхних дыхательных путей, челюстного аппарата и органов ротовой полости.

В качестве примера можно привести т. н. аденоидное лицо ребенка, страдающего хроническим тонзиллитом. Увеличенные трубные и глоточная миндалины затрудняют носовое дыхание, вынуждают детей дышать через рот. Это отражается не только на форме лица, но и на развитии психики ребенка.

Величина лица и головы в целом зависят от роста. У высоких людей, как правило, размеры лица больше, чем у низкорослых. Лицо женщины тоньше и меньше по величине, оно напоминает лицо ребенка.

Известны многочисленные попытки определения пропорции лица, что представляет интерес для объективного суждения о пределах изменчивости лица, для суждения о патологических отклонениях.

По некоторым канонам голова взрослого человека составляет $^1/_8$ от общей высоты тела. Она может быть разделена горизонтально на 4 равных по высоте части: от верхушки до края волосяного покрова, область лба, высота носа и нижняя часть лица. Считается, что в среднем расстояние между ушами должно быть равно расстоянию от брови до нижнего края подбородка, а расстояние между наружными углами глаза должно быть равно расстоянию от верхней границы носа до верхней границы подбородка (край нижней губы). Признается совпадение длины ротовой щели и расстояния от линии смыкания губ до края подбородочного выступа.

Пропорции высоты, ширины и глубины лица меняются с возрастом, однако средние абсолютные показатели соответствующих размеров пока не обладают высокой степенью достоверности из-за ограниченного числа измерений.

Из структурных образований лицевого черепа, проецирующихся на наружные покровы головы, следует подробнее рассмотреть лоб, нос, скуловые дуги, орбиты, нижнюю челюсть, так как именно они в первую очередь создают своеобразие лица.

Лоб — это часть лица между границей произрастания волос и верхними краями орбит. В зависимости от формы чешуи лобной кости различают лоб высокий и низкий, прямой и покатый. Неровности лба обусловлены степенью развития надбровных дуг и выраженностью межбровного углубления — (глабелла), находящегося над корнем носа. Значительное развитие лобных бугров придает лбу отчетливую выпуклость.

Нос. В скелете носа, составляющего архитектурный центр лица, выделяют костную часть и хрящевую. Они вместе окружают носовую полость, образуя ее стенки и наружный нос. Имеются боковые стенки носа, крыша и дно носовой полости, носовая перегородка, спинка и крылья носа. Каждая боковая стенка образована главным образом лобным отростком верхнечелюстной кости и носовой поверхностью тела этой же кости. К ним присоединяются вертикальная пластинка нёбной кости, медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной

кости, слезная кость, поверхность решетчатой кости. Боковая стенка отделяет носовую полость от орбиты, но через отверстие в этой стенке носовая полость сообщается с полостью, находящейся в теле верхнечелюстной кости (гайморовой пещерой). От боковой стенки медиально тянутся три костных раковины, с помощью которых каждая половина общей носовой полости разделяется на 3 носовых хода.

Сверху над носовой полостью располагаются решетчатая кость, точнее ее продырявленная пластинка, и тело клиновидной кости. Носовая полость имеет сообщения с клиновидной и лобной пазухами и с лабиринтом решетчатой кости. Спереди к крыше носовой полости прилегают носовые кости, участвующие в образовании спинки наружного носа. Остальные части спинки и крыльев носа хрящевые.

Посредине носовой полости сверху вниз тянется перегородка носа. Она в основном костная (вертикальная пластинка решетчатой кости и сошник), лишь спереди ее дополняет хрящ. С помощью перегородки выход из носовой полости в глотку разделяется на два отверстия — правую и левую хоаны. Горизонтальные пластинки нёбных костей и нёбные отростки верхнечелюстных костей, составляющие твердое нёбо, образуют дно носовой полости. Оно отделяет ее от ротовой полости.

Как видно, на форму наружного носа влияет угол, под которым носовые кости направляются кпереди, величина хрящей носа, способ их соединения, расстояние между лбом и дном носовой полости и также между боковыми стенками, величина и форма грушевидного отверстия.

Скуловые дуги — или просто скулы наиболее резко выступающие боковые отделы лицевого черепа. Они образуются в результате соединения скуловых костей со скуловыми отростками височных костей. Степень развития скуловых дуг служит одним из расовых признаков.

Орбиты. Величина и расположение орбит — чрезвычайно важный физиономический показатель. Как правило, у женщин орбиты более крупные. Монголоидная раса характеризуется косо расположенными орбитами.

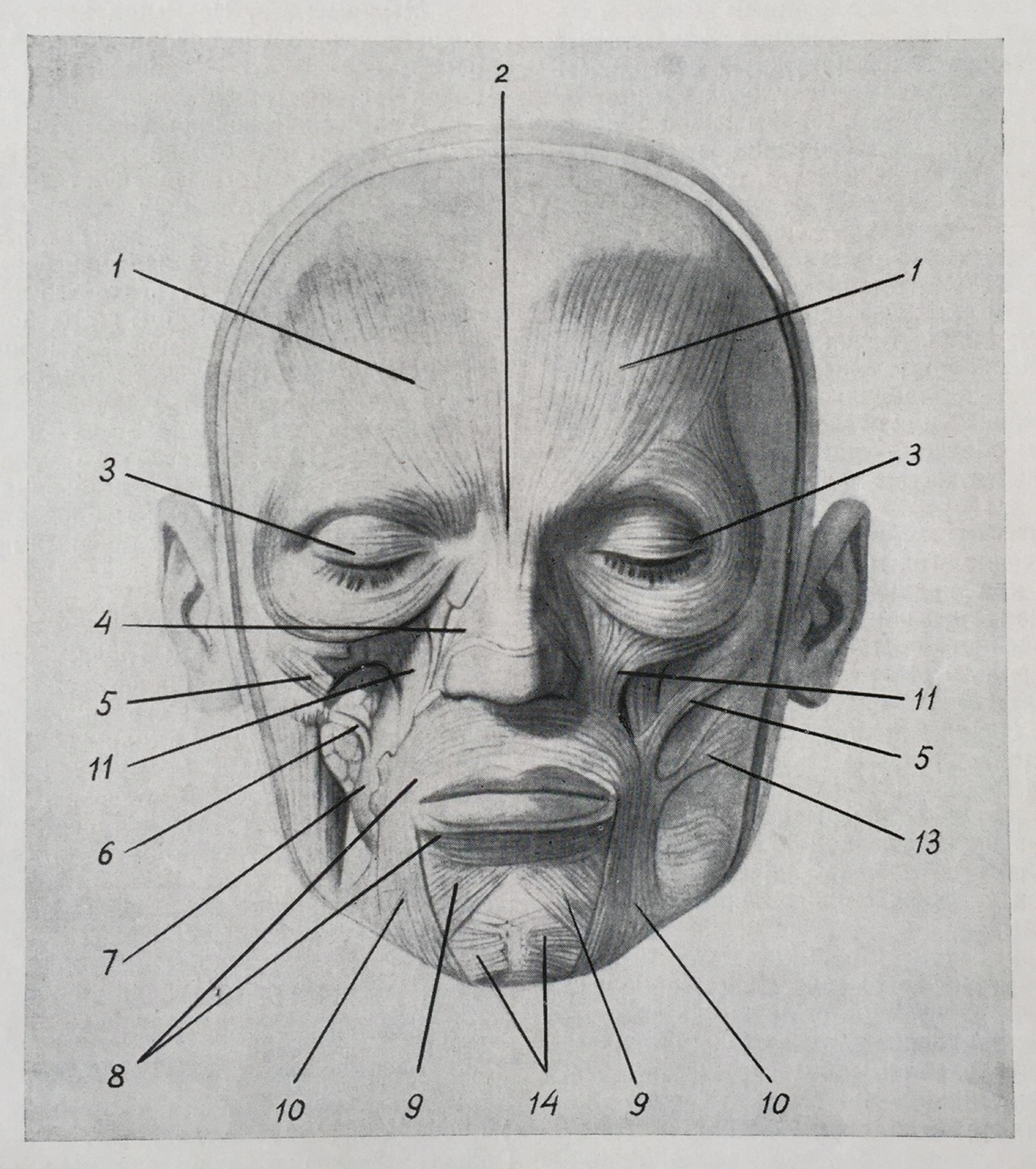
Различают вход в орбиту и ее полость, которая напоминает четырехгранную пирамиду, обращенную вершиной вглубь черепа. Верхний край орбиты принадлежит лобной кости, нижний — верхнечелюстной и скуловой костям. Соединения названных костей по бокам дают медиальный и латеральный края орбиты. Стенки орбиты составлены также вышеперечисленными костями лобной, верхнечелюстной, скуловой, к которым добавляются еще слезная, решетчатая и клиновидная кости. Можно утверждать, что под выражением «большие глаза» понимается не столько величина глазных яблок, сколько величина орбит.

Нижняя челюсть — отличается заметными колебаниями своего объема. Именно ее форма и размеры придают характерный вид нижней половине лица.

При изучении нижней челюсти обращается внимание на строение ее тела, ветвей, краев. Чрезвычайно выразительны возрастные изменения нижней челюсти. У детей из-за недоразвития жевательного аппарата отмечается преобладание мозгового черепа над лицевым. У старых людей потеря зубов нарушает пропорции лица. Массивная нижняя челюсть редко встречается в лицевом скелете женщины. Индивидуальные отличия нижней челюсти связаны с контурами подбородка и величиной угла между телом и ветвями.

Мышцы лица

Среди мышц лица необходимо выделить два рода мышц. Одни мышцы своими сокращениями вызывают движение нижней челюсти в челюстно-височных суставах. Это жевательные мышцы. Их всего 4 пары: собственно жевательные, височные, латеральные и медиальные крыловидные. Другие мышцы, более многочисленные, составляют группу мимических мышц (рис. 1). Характерной их особенностью является то, что они, начинаясь от костей, прикрепляются к коже, и вследствие этого их сокращения вызывают натяжение кожи. Результатом будет либо смещение мягких тканей лица, либо образование складок кожи.



Мимические мышцы. 1 — лобная мышца. 2 — мышца гордецов. 3 — круговая мышца глаза. 4 — носовая мышца. 5 — скуловая мышца (перерезана). 6 — выводной проток околоушной слюнной железы и жировой комок, 7 — щечный мускул, 8 — круговая мышца рта. 9 — мышца, опускающая нижнюю губу. 10 — мышца, опускающая угол рта. 11 — клыковая мышца и мышца, поднимающая верхнюю губу. 13 — мышца смеха. 14 — подбородочная мышца.

Жевательные мышцы обязательно фиксируются к нижней челюсти. Сокращение жевательных мышц обусловливает поднятие опущенной нижней челюсти, плотное стискивание зубов, боковые смещения нижней челюсти и выдвижение ее вперед. Активное опускание нижней челюсти происходит с помощью мышц шеи. Жевательные мышцы происходят из мезенхимы челюстных жаберных дуг и иннервируются ветвями нижнечелюстного нерва (III ветвь тройничного нерва). К наружным покровам лица обращены лишь собственно жевательный мускул, покрывающий наружную поверхность ветви нижней челюсти от скуловой дуги до угла, и височный мускул, занимающий область височной ямы и прикрепляющийся к венечному отростку нижней челюсти. У худощавых людей хорошо видно сокращение этого мускула во время жевательных движений. Спастические сокращения собственно жевательных мышц обозначаются у некоторых людей при сдерживании эмоций в виде т. н. «желваков» под кожей лица. Выключение жевательных мышц при положительных эмоциях (смех) и при стрессовых реакциях (ужас) сопровождается опусканием или отвисанием нижней челюсти. Таким образом, участие в мимике жевательных мышц вполне допустимо.

Мимические мышцы. Общепризнано решающее значение этих мышц в мимике. Однако не только их сокращение приводит к специфическому для того или иного эмоционального или болезненного состояния выражению лица. Большую роль играют положение головы, нюансы взора, цвет кожи, тонус жевательной мускулатуры. Например, лицо больного столбняком во время приступа всецело зависит от положения головы и клонических судорог жевательных мышц. В перерывах между приступами и в начальном периоде болезни типичное лицо с выражением «сардонического смеха» объясняется судорожными сокращениями мимических мышц.

В связи с тем, что мимические мышцы расположены неравномерно, целесообразно делить их на следующие группы: мышцы черепной крыши; мышцы наружного уха, мышцы окружности глаза и мышцы окружности рта. Слабо развитый носовой мускул не входит ни в одну из этих групп.

Мышцы черепной крыши по существу соединяются в одну затылочно-лобную или надчерепную мышцу, у которой имеются два задних брюшка (затылочные) и два передних (лобные). Между брюшками натянут сухожильный шлем. Сокращением мышцы в целом сухожильный шлем вместе с кожей головы оттягивается кзади. Такое движение волосистой кожи головы могут воспроизводить отдельные лица чрезвычайно демонстративно. Если сокращаются только два лобных брюшка, фиксирующиеся к коже бровей, кожа лба собирается в поперечные морщины, оттягивается кверху, а вместе с нею поднимаются брови.

Мышцы носа. Из мышц носа у человека сохранилось только слабая носовая мышца с поперечной частью — сжимателем носа и боковой частью — расширителем ноздрей.

В анатомической номенклатуре особо обозначаются остатки носовой мускулатуры в виде пучков мышц, которые следуют от переносья к коже бровей. Это мышца «гордецов». Сокращение ее вызывает появление складок в области глабеллы, идущих поперечно. При этом медиальный угол брови оттягивается вниз. Чаще, однако, сокращение мышцы «гордецов» сочетается с сокращением мышцы, сморщивающей брови, которая относится к мышцам окружности глаза. Начало этой мышцы фиксировано к лобной кости, а подвижная часть вплетается в кожу бровей у медиального угла орбиты. Совместное сокращение двух названных мышц сопровождается сближением бровей и изменением их кривизны. Между бровями протягиваются глубокие продольные и поперечные складки.

Мышцы окружности глаза. Кроме мускула, сморщивающего брови, сюда относится круговой мускул глаза с его глазничным, пальпебральным (лежащим в толще век) и слезным отделами. В состав этого мускула включается и мускул, опускающий бровь. Как говорит само название, этот мускул состоит из пучков мышечных волокон, располагающихся по окружности глазного яблока. Тонкие мышечные пластинки соединяют окружность орбиты с кожей. Эффект сокращения этого мускула в целом проявляется в зажмуривании глаза, когда кожа щеки оттягивается кверху, кожа лба вместе с бровями опускается, веки смыкаются, а слезный мешок расширяется.

При ослаблении тонуса мышц окружности глаза, что наблюдается при эмоциях горя и печали, кожа щек отвисает от глазниц, медиальные концы бровей не оттягиваются к переносью, а, наоборот, происходит опускание латеральных концов бровей. Расслабление кожи щек передается окружности ротовой щели, результатом чего является опускание углов рта книзу.

Мышцы наружного уха у человека сохраняются в виде рудиментов. В мимике они не принимают участия. В единичных случаях тренировка ушных мышц позволяет выполнять незначительные произвольные движения ушной раковины.

Мышцы окружности рта у человека отличаются высокой степенью дифференциации. Развитие мышц, обусловленное функцией членораздельной речи, сопровождалось интимной взаимозависимостью речевых и мимических реакций.

От ротового отверстия во все стороны идут мышцы радиального направления, наподобие лучей. Их сокращение способно изменить форму ротовой щели и расширить ее. Другие мышечные пучки, лежащие циркулярно, при своем сокращении суживают ротовую щель, преобразуют губы в трубочку, напрягают их. Такие мышечные пучки составляют **круговую мышцу рта,** заключенную в толще верхней и нижней губ.

Из мышц, расположенных по радиусам, одни направляются к ротовому отверстию косо сверху и с латеральной стороны вниз и медиально, другие — следуют преимущественно снизу вверх. Сокращение первых будет поднимать верхнюю губу и угол рта, сокращение вторых приведет к противоположным результатам.

Мускул, поднимающий верхнюю губу, начинается от кости вдоль нижнего края орбиты и тянется к верхней губе. Заканчиваясь в коже по линии носо-губной складки, он не только тянет кверху верхнюю губу, но также и крыло носа, тем самым способствует расширению ноздрей.

Мускул, поднимающий угол рта, лежит глубже на поверхности верхнечелюстной кости в клыковой ямке. Пучки этого мускула переплетаются с волокнами кругового мускула рта и теряются в коже губ. При сокращении этого мускула угол рта оттягивается вверх.

Большой и малый скуловые мускулы, направляющиеся от скуловой кости к коже угла рта, растягивают губы и поднимают угол рта вверх.

Мускул смеха — тонкий мышечный пучок, обнаруживаемый не всегда, располагается почти поперечно на уровне ротовой щели. Местом начала этого мускула служит фасция, покрывающая жевательный мускул; прикрепляется мускул к коже губы.

Мускул, опускающий нижнюю губу, квадратный по форме, начинается от тела нижней челюсти и заканчивается в коже нижней губы по линии подбородочно-губной бороздки. При сокращении опускает нижнюю губу.

Мускул, опускающий угол рта, антагонист аналогичного мускула, лежащего выше ротовой щели. Он имеет треугольную форму и служит как бы продолжением подкожного мускула шеи. Пучки этого мускула, фиксированные к краю нижней челюсти, вплетаются в кожу нижней губы и при сокращении опускают угол рта.

Подбородочный мускул слабо выражен, почти не влияет на мимику. При сокращении натягивает кожу подбородка.

Щёчный мускул занимает особое положение. Он участвует в построении боковых стенок ротовой полости, прилегая к слизистой оболочке. В отличие от других мышц окружности рта он начинается от внутренней поверхности тела и ветви нижней челюсти и идет как бы сзади наперед. В результате сокращения этого мускула, прикрепляющегося к коже губ, угол рта оттягивается кзади, губы и щеки прижимаются к альвеолярному краю челюсти.

Значение мимических мышц. Большинство из перечисленных мимических мышц лица представляет остатки подкожной мускулатуры животных. Сохранившиеся в качестве приспособлений для защиты органов чувств и ротовой полости эти дериваты кожной мускулатуры приобрели у человека новые свойства, стали инструментом выразительности душевных переживаний, умственных и физических напряжений. Вероятно, эмоциональная рефлексия первоначально была связана с элементарными актами оборонительного или пищевого значения. Она была в какой-то степени полезна. Неразрывность эмоций с выполнением моторных, целенаправленных действий явилась причиной того, что мимика (как и пантомима вообще) закрепилась в эволюции. При этом, наряду с концентрацией проявлений экспрессии в зоне лица, происходила и тонкая дифференциация мимических мышц. Биологическая целесообразность мимики у человека во многих случаях утрачена. Вместе с тем остается в силе ее объективное значение как средства отражения внутреннего мира человека, его психического и физического состояния.

Кожа лица, клетчатка и кровеносные сосуды

При восстановлении лица по черепу по методу М. М. Герасимова важно считаться не только со степенью расположения и развития мышц лица, а также учитывать характер кожи и распределение мягких тканей между кожей, мышцами и костями, хотя они индивидуально различны.

Кожа лица более тонкая, чем на других частях тела. Она отличается эластичностью, хорошо снабжается кровью, обладает достаточным напряжением, упругостью. Фасции на лице развиты слабо. Мимические мышцы не покрыты фасциями. Они сами составляют как бы прослойку между костями лицевого черепа и кожей. Границы между мышцами выражены плохо. Подкожная клетчатка равномерно насыщена жировой тканью. Заслуживает особого упоминания отложения жира в межфасциальном защечном мешке в виде жирового комка Биша. Этот жир выполняет неровность между скуловой дугой, ветвью нижней челюсти, покрытой жевательным мускулом, и боковой стенкой рта, точнее щечной мышцей. У истощенных лиц западение щек объясняется исчезновением этого комка. Он хорошо выражен у детей и называется сосательным комком.

В окружении подкожной жировой ткани на лице распространяются сосуды и нервы. Рельеф околоушной слюнной железы в норме не влияет на форму лица. В пожилом возрасте контуры сосудов могут выступать в височной и лобной областях. Очень важную роль играют зубы и челюсти в формировании рельефа лица. У индивидов с выпавшими зубами западают губы, атрофируются челюсти, возникают добавочные морщины. Достаточно сказать, что угол между ветвью и телом нижней челюсти у них увеличивается до 140° против 110° у зрелых людей, а шейка суставного отростка отодвигается кзади.

Форма и глубина естественных складок кожи на лице и углублений его рельефа индивидуально вариабильны. Более или менее постоянными по расположению являются носогубные, носо-щечные, подбородочно-губные борозды. Степень выраженности их отражает возрастные изменения или представляет результат мимики. Отложения подкожного жира сглаживают складки. Наоборот, нарушения эластичности кожи усиливают морщины.

Особенности физиономии зависят также от состояния век и орбитальной клетчатки. Обеднение последней жировыми отложениями влечет за собой западение глазного яблока. При опухолях мозга, аневризмах сосудов в полости черепа происходит выпячивание глазного яблока вперед (экзофтальм). Атрофия эластических элементов век ведет к изменению тургора век и появлению складок кожи. При набухании подкожной клетчатки возникают, в частности, мешки под глазами, лицо кажется одутловатым.

Мимика, представляющая непроизвольную реакцию, тесно связана с изменением цвета лица, который зависит либо от пигментации, либо от кровенаполнения поверхностных сосудов. Гнев и стыдливость сопровождаются покраснением лица, испуг, горе, волнение вызывают бледность. Необходимо принимать во внимание расовые признаки кожи, загар, возраст, но не забывать также и патологических причин. Например, при желтухе отмечается желтизна кожи, при охлаждении, при белокровии — кожа бледная, адиссонова болезнь сопровождается потемнением кожи.

Лицо кровоснабжается из лицевых, челюстных и поверхностных височных артерий. Отток крови от мягких тканей лица происходит главным образом по лицевой и позадичелюстной венам. Часть крови оттекает по венам глазницы в полость черепа (пещеристый синус). Нарушения оттока крови не только вызывают изменения цвета лица (синюшность), но обусловливают его отечность или пастозность.

Для характеристики физиономии немалую роль играет форма волосяного покрова (бороды, усов) у мужчин. При появлении волос на верхней губе и подбородке у женщин этот признак выступает чрезвычайно рельефно.

Асимметрия лица

Давно отмечена асимметрия лица как отражение общей асимметрии тела. Эта особенность присуща лицам почти всех людей. Были сделаны попытки реставрации лица на порт-

рете по точной половине фотографии и ее зеркальному отражению. Правая и левая половины давали различные портреты. Они не совпадали и с исходным портретом. Мимическая асимметрия, хотя и наслаивается на диспропорции правой и левой половин лицевого черепа, имеет также и свои собственные детерминанты.

Установлено, что иннервация правой мимической мускулатуры богаче, движения головы и глаз вправо воспроизводятся с большей готовностью. Даже зажмуривания правого глаза оказываются более привычными. Вполне понятно также, что выраженная асимметрия лица при патологии — это не только подчеркнутость естественной асимметрии, но и результат многих других причин, подлежащих специальному изучению в каждом конкретном случае.

Авторы доказывают необходимость различать биологическую асимметрию лица, обусловленную строением черепа, физиологическую асимметрию, зависящую от лицевого скелета и от мимических мышц, и патологическую асимметрию, связанную с различными заболеваниями.

Так П. П. Цветков и В. П. Петров (1966) обстоятельно рассмотрели проблему асимметрии лица и выделили следующие более или менее стабильные признаки:

Ориентир	Правая половина лица	Левая половина лица
Положение брови	ниже	выше
Размер глазной щели	уже	шире
Высота половины лица	ниже	выше
Ширина лица	больше	меньше
Расположение глаза	ниже	выше
Носо-губная складка	более пологая, слабее выражена	более отвесная, лучше выражена
Половина подбородка	шире	выступает вниз

Лицо при некоторых эмоциях

Выражение лица при эмоциях связано с сокращением многих мимических мышц. Это обусловлено тем, что все мимические мышцы развиваются из общего зачатка и иннервируются одним лицевым нервом. Разнообразие мимики зависит от комбинации мышечных сокращений и их силы. Эмоциональная окраска мимики определяется сочетанием сокращающихся мимических мышц, а степень выраженности того или иного мима устанавливается напряжением этих мышц.

Для анализа выражения лица важно знать также положение глаз, направление взора, что зависит от сокращения мышц глазного яблока. Как указал П. Ф. Лесгафт (1905), при сокращении верхней прямой мышцы глаза на лице можно прочесть выражение гордости, удивления, благочестивого смирения. С чувством стыда, печали, угнетения связано сокращение нижней прямой мышцы глаза, когда глазные яблоки поворачиваются книзу. При сокращении наружной прямой мышцы глаза обозначается презрение, так как взор отводится в сторону. Сокращение медиальной прямой мышцы глаза способствует выражению вожделения.

Но, конечно, эффект изменения взора достигается не только благодаря сокращению какой-либо одной мышцы, а более сложным путем. В миме презрения, например, отмечается поднятие крыльев носа, отворачивание лица, опускание углов рта.

Мимика радости. Взор направлен прямо. На лице улыбка. Глаза слегка прищурены, вследствие сокращения круговой мышцы глаза. Усилена секреция слезной железы, увлажнение глазного яблока обусловливает блеск глаза. Сокращены мышца, поднимающая верхнюю губу, скуловые мышцы и мышца смеха. Угол рта оттянут кнаружи и слегка приподнят. Ноздри расширены. Нижняя челюсть «расслаблена» и может быть немного опущена, что ведет к полуоткрытию рта. Г. Гицеску утверждает, что в моделировании улыбки участвуют 14 мышц средней зоны лица. Следует различать улыбку при закрытом и при открытом рте. В первом случае она кажется искусственной. Кожа лица при улыбке собирается в складки, в частности, у наружного угла глаза. Углубляются носо-губная и носо-щечная складки. На щеках появляются дополнительные складки и ямки.

Если улыбка переходит в смех, глазная щель суживается больше, кожа лба растягивается, морщины на лбу расправляются. Ротовая щель расширяется и растягивается. Натяжение губ ведет к обнажению зубов. Складки на коже лица обозначаются резче.

Мимика печали. Следует различать ряд стадий в выражении печали средствами мимики. Легкая степень печали, грустное настроение характеризуются снижением тонуса мышц, сосредоточенным взором, обращенным на какой-то объект, опущением углов рта книзу, смыканием ротовой щели. Горе усиливает нарисованную картину. Зубы стиснуты. Взор опущен. Брови сведены. Резко выделяется носо-щечная складка. Подбородок напряжен. При плаче верхняя губа приподнимается, углы рта оттягиваются сокращением соответствующих мышц книзу. Мышца, опускающая нижнюю губу, сокращена особенно резко. Жевательные мышцы могут расслабиться, и тогда произойдет отвисание нижней челюсти. Глаза зажмуриваются, брови опускаются, секретируется избыток слез. Кожа лица обычно бледная.

Мимика боли. При внезапной физической боли наблюдается напряженное положение головы. Брови сведены и могут быть подняты, хотя глаза рефлекторно зажмуриваются. Углы рта и верхняя губа резко оттягиваются кверху. Зубы стиснуты, жевательная мышца ригидна, щечные мышцы напряжены, кожа подбородка натянута.

В экспрессии боли отмечается много различных оттенков. Боль, как неукротимое страдание, накладывает своеобразный отпечаток на лицо больного; как бы остановившийся фиксированный взор, расширенные зрачки, обострившиеся черты лица даже без сокращения мимических мышц отчетливо выражают глубину чувства боли.

С хронической болью сочетается эмоция страха. Ее нюансирование облегчено тем, что веки при этом не сомкнуты, а, наоборот, верхнее веко поднято, лобная мышца резко сокращена; человек как бы прислушивается к тому, что происходит в его организме. Нос заострен, мимика ротового ансамбля заторможена.

Страдальческие гримасы при боли свойственны, главным образом, локальным симптомам, связанным с головной болью или с заболеваниями самого лица. Человек стремится придать своему лицу такое выражение, при котором боль кажется смягченной. Непроизвольные гримасы свидетельствуют о вовлечении в процесс подкорковых звеньев.

ЛИЦО В ПАТОЛОГИИ

Л. М. Сухаребский

Со времен глубокой древности общее внимание привлекает не только здоровое лицо, но и больное, не только его норма, но и патология. Уже давно стало известно, что телесные и психические элементы взаимно переплетаются и проецируются на экране лица разумного человека, отображая норму и патологию лица. И в этой патологии нормальные выражения лица искажаются, деформируются, и гармонический синтез обычной мимической игры претерпевает различные изменения в зависимости от природы и характера болезненного процесса.

Из эпохи древней Греции до наших дней дошло знаменитое описание лица умирающего человека, так называемое «гиппократово лицо», которое сохранило полную свою достоверность и на сегодняшний день.

Это — мертвенно-бледное лицо, покрытое холодным потом, отсвечивающее зловещей синевой. Ослабевшие глазные мышцы недостаточно фиксируют глазные яблоки, и последние западают в орбитальные впадины черепа. Во время дремотных состояний умирающего ослабленные веки не покрывают полностью глазных яблок, в результате чего обнажается белая полоска склеры. Нос истончается, и его заостренный кончик резко выступает, крылья носа уплощаются, щеки вваливаются, губы истончаются, становятся анемичными, покрываются трещинами и запекшимися корочками, а нижняя челюсть отвисает, открывая полураскрытый рот.

У умирающего возрастает количество морщин, причем они становятся выраженнее, глубже и крупнее по своим размерам. Резко беднеет мимическая игра. Мимика упрощается, становится поверхностной, однотонной, тусклой, отображающей наступившую адинамию организма и приближение его смертельного исхода, его конца.

Известно, что каждый врач при встрече с больным обращает внимание на выражение его лица, на патологию последнего. Он обращает внимание на ткани лица, на состояние его мимической экспрессии, отмечает наблюдаемые здесь патологические признаки выражения лица. Часто по одному выражению лица больного опытный врач ставит предполагаемый диагноз, который в дальнейшем нередко подтверждается самыми современными и тонкими клиническими и лабораторными исследованиями. По состоянию лица, изменениям его динамики можно судить о течении заболевания и об эффективности проводимого лечения (конечно, наряду с другими критериями).

Известный клиницист Э. Клемперер придавал огромное значение нормальному выражению лица, как фактору соматической полноценности. Он выдвинул понятие о здоровом выражении лица и живой, нормальной, обычной для каждого человека, мимике **(«гармоничное лицо»)**, в отличие от малоподвижного, адинамичного, тускнеющего, агонизирующего лица умирающего **(«дисгармоничное лицо»)**.

Хорошо изучено выражение лица **холерного больного («холерное лицо»).** При нем отмечается значительная бледность кожных покровов, выраженное их похудание, бросающаяся в глаза наблюдателя адинамия мимической деятельности больного. Опытным врачам достаточно знакомо лицо лихорадящего больного **(«лихорадящее лицо»):** изнуренное выражение, запекшиеся корочки на губах, беспокойный блуждающий взор.

При базедовизме наблюдается частая смена в окраске кожных покровов (побледнение и покраснение лица), обусловленная вазомоторными сдвигами. Кожа обычно влажная, потливая, нередко блестит. Лицо выражает состояние **«длительной тревоги».** Оно характеризуется широко раскрытыми, выступающими вперед глазами при сравнительно редком мигании и малой подвижности взгляда. Расстройство взгляда и отставание верхнего века при опускании глаза вниз еще более подчеркивают мимические нарушения.

Патология лица при микседеме настолько выразительна, что обычно по одному внешнему облику больного можно безошибочно диагносцировать его заболевание. Кожные покровы лица утолщаются, подкожная клетчатка набухшая и отечная, значительные мешки под глазами, приподнятые раздувшиеся губы, резко морщинистый лоб, сглаженные носо-губные складки, изменение формы и окраски носа, выпирающий увеличенный язык между губами, — все это придает соматической основе лица больного микседемой незабываемый, характерный, специфический вид. На этом фоне выступает вялая, безразличная мимическая манифестация, тупая, обедневшая, однотонная, часто лишенная осмысленности.

При врожденной микседеме соответствующие изменения в росте костей (карликовый рост и т. д.) обусловливают архитектонические деформации черепного и лицевого скелета, что в свою очередь также отражается в общей картине лицевой патологии.

В литературе красочно описано **состояние лица туберкулезного больного** в последней стадии его заболевания. Бросается в глаза значительное истощение, болезненное выражение лица, бледность кожных покровов и контрастирующие с ними яркие пунцовые **«розы»** на щеках больного.

Незабываемо, так называемое, **«кахектическое лицо» при злокачественных опухолях,** например, при быстро растущей карциноме. Лицо кажется резко истощенным, похудевшим, черты лица запавшие, и на этом фоне выдаются скуловые кости. Кожа лица грязновато-серая, бледная, часто с оттенком желтизны, дряблая, морщинистая. На таком как бы уменьшенном лице впечатляющи широко раскрытые глаза с застывшей скорбью страдальческих переживаний.

Для «лица идиота» специфична крайняя бедность мимической выразительности.

Лицо при акромегалии отличается неправильным разрастанием отдельных участков лица. При этом меняется и окраска кожных покровов. Отчетливо выступает **«гипертрофия лица».** Клиницисты дали специальное название и специфике мимики акромегалика: **«неуклюжее, животнообразное выражение».**

Известны многие *специфические наименования,* характеризующие *изменения лица при патологии:* **«лицо моноплегика», «лицо микроцефала», «склеродермическая маска»** при склеродермии, **«столбнячное лицо»** с характерным **«сардоническим смехом»** при столбняке, **«специфическое лицо при опухоли мозга»** и др.

Словом, различные состояния лица встречаются при многих страданиях — соматических и психических, когда нарушены мимические функции, которые широко варьируют на пути от нормы к патологии. Как известно, мимика входит в группу, так называемых, выразительных движений. Анатомо-физиологические механизмы выразительных движений заложены в коре и подкорковых узлах. Те же механизмы, только патологически измененные, лежат в основе группы деформированных выразительных движений, которые относятся к мимическим расстройствам.

Для качественной характеристики мимической деятельности человека большое значение имеет отчетливость движений, обусловливаемая четкостью пирамидной иннервации. Важное значение имеют компоненты соразмерности движений и их координации. В реализации последней немалая роль принадлежит экстрапирамидной системе.

С точки зрения углубленного изучения мимики в норме и патологии представляется целесообразным проведение дифференциального анализа по отдельным мимическим ансамблям. При этом различаются мимика верхней половины лица и мимика нижней половины лица. Производится также анализ

участия в мимике мышц глаз, рта, мимическая диссоциация которых имеет диагностико-прогностическое значение. Дробная дифференциация компонентов мимики выводится из особенности выражения их мимической игры. Это нетрудно проследить на мимике, связанной со взглядом. Величина глазной щели определяется степенью сокращения мышц, характером их иннервации. Чем сильнее иннервируется мышца, поднимающая верхнее веко, тем активнее подтягивается оно вверх и тем шире выступает глазная щель. И, наоборот, при усиленной иннервации круговой мышцы глаза глазная щель суживается все более и более, до полного ее закрытия. Характер раскрытия глазной щели и соответствующая ему степень обнажения глазного яблока имеют диагностическое значение.

В патологии лица встречаются парезы мышцы, поднимающей верхнее веко, при которых глаза и все лицо больного в целом приобретают характерное усталое, сонное выражение. Известны мимические картины, обусловленные повышением иннервационных импульсов, при которых верхнее веко резко приподнимается и обнажает глазное яблоко, формируя «экзофтальмус» — хорошо изученный симптом базедовой болезни.

Диагностический интерес представляет также симптоматика сужения глазной щели. В норме этот феномен встречается при явлениях значительного утомления, при котором, в связи с понижением тонуса, ослабляется мышца, поднимающая верхнее веко. Мимически такое положение опущенного века проявляется в выражениях усталости, вялости, индифферентности.

Интересны мимические изменения глазной щели, вызываемые произвольно. Так, мы часто суживаем глазную щель и прищуриваем глаза, чтобы лучше рассмотреть привлекающий наше внимание объект. В других случаях произвольно вызванный сдвиг нормально раскрытой глазной щели имеет защитный, оборонительный характер с доминирующей целью оградить глазное яблоко от надвигающейся опасности. Таков физиологический смысл механизма плача.

Известное диагностическое значение имеет движение глаза по вертикали: сверху вниз и обратно. Взгляд исподлобья нередко наблюдается в клинике психических заболеваний и свидетельствует о, так называемом, негативизме больного, о его враждебности и отчужденности.

В нормальных состояниях обычен спокойный, уверенный взгляд, когда направление взора постепенно передвигается от одного объекта к другому. При патологических состояниях чаще встречается замедленный взгляд, иногда толчкообразный (эпидемический энцефалит), беспокойный блуждающий взгляд (маниакально-депрессивный психоз), медленно тянущийся взгляд (при выходе из постприпадочного состояния у эпилептиков), совершенно застывший иммобильный взгляд (при кататоническом ступоре) и т. д.

Этиология мимических расстройств разнообразна. Наиболее грубые их проявления наблюдаются при заболевании лицевого нерва. Здесь чаще отмечаются инфекции, реже травмы и простуды. Мимическая игра при заболеваниях лицевого нерва (парезы, параличи) становится бедной, нередко асимметричной, деформированной, грубой. Ее тонкая филигранная манифестация выпадает, переходы между мимическими формулами совершаются более прерывисто.

Хорошо изучены мимические нарушения при острых воспалениях мягких мозговых оболочек (менингитах). Они проявляются в общем напряженном выражении лица, контрактуре лицевых мышечных групп (глазных, жевательных и т. д.), блестящих, неподвижно устремленных глазах, повышенной морщиности лба, крепко стиснутых зубах. Иногда наблюдаются моно- и гемиплегические судороги, в том числе и лицевых мышц, и своеобразные моторные стереотипии, в виде зубовного скрежета, сосания и т. д.

Нарастание болезненной симптоматики ведет к потере сознания, сопровождаемой резким снижением мимических функций, доходящей иногда до полной акинезии лицевых мышц, что придает лицу характерное застывшее выражение.

Дальнейшее нарастание менингиальных явлений ведет уже к гнездным поражениям коркового порядка с соответствующей очаговой локализацией, находящей свое отражение в дополнительных частичных мимических нарушениях локальной топики: параличи лицевого и глазо-двигательного нервов, явления афазии и т. д.

Наряду с менингитами, энцефалиты (острые и хронические) также ведут к значительным мимическим расстройствам, обусловливающим патологию лица. Общая симптоматология острых энцефалитов (повышенная температура, головные боли и т. д.) в сочетании с наблюдаемыми психотическими состояниями больных придает мимической деятельности своеобразный характер возбужденности, растерянности, нередко с выраженными явлениями психомоторного беспокойства.

2—757

Актуальность аналитического расслоения структурных элементов патологии лица в каждом отдельном конкретном случае объясняется тем, что при восприятии болезненно измененных выражений лица одни компоненты наслаиваются обычно на другие и тем самым, нередко затушевывают истинный характер патологии лица.

Так, при явлениях врожденной асимметрии лицевого скелета в нормальной для данного человека мимической деятельности могут проецироваться асимметричные компоненты вторичного порядка, вызванные особенностями лицевого скелета. Поэтому, приступая к изучению лица, необходимо с самого начала внимательно обследовать черепной и лицевой скелет, чтобы заранее учесть их конституциональные особенности и элиминировать их из общей картины патологии лица в каждом отдельном конкретном случае.

Понятно, что при этом следует учитывать общий тип строения тела больного и коррелируемые с ним внешние данные лица. Наблюдаемые различия между признаваемыми конституциями астеника, атлетика, пикника, диспластика и инфантильно-грациального типа влияют, конечно, в некоторой степени (правда, второстепенной) и на общее выражение лица человека как в норме, так и, естественно, в патологии. Вот почему в целях структурного анализа их следует учитывать.

Важно помнить также о, так называемых, моторно-конституциональных компонентах, поскольку существуют корреляции между конституцией и моторикой человека.

Имеются наблюдения, свидетельствующие, что в патологии лица, как и в его норме, отражаются также и данные онтогенетического развития индивида. Это и понятно, ибо человек по мере своего развития накапливает жизненный опыт, у него устанавливается социальное взаимодействие с окружающей средой, формируется его социальное сознание. В течение всего данного периода его мимические функции тоже проделывают сложную эволюцию. Вот почему для патологии лица далеко не безразлично, на каком жизненном этапе развития личности будут поражены ее мимические функции. Учет возрастной корреляции при изучении конкретного характера мимических расстройств обязателен.

Изучая нарушения мимических функций, их участие в формировании патологии лица при различных заболеваниях, на разных возрастных этапах, можно видеть, как один и тот же патологический процесс обусловливает вариационные колебания болезненных и мимических структур в зависимости от возраста и отчасти пола. В частности, патофизиологические факторы в сенильном возрасте (нарушения обмена веществ, ослабление биотонуса и связанные с ним всякие другие патологические сдвиги) более резко влияют на деформацию лица.

Деструктивные патологические процессы разрушают филогенетическую анатомо-физиологическую базу и тем самым обусловливают большее или меньшее поражение онтогенетического опыта. Проблемой влияния онтогенетического развития на мимические функции занимался ряд авторов, которых интересовал вопрос о том, насколько динамично отражаются в структуре мимической деятельности врожденные конституционные особенности и в какой степени они перекрещиваются, сочетаются и взаимообусловливаются с данными накопленного онтогенетического опыта. В результате эти исследователи пришли к выводу, что профессиональные занятия, однородные по своей специфике, базирующиеся на длительном отрезке времени, однотипные в своих проявлениях, формируют в ряде случаев более или менее сходную «профессиональную мимику».

Как правило, накопленные онтогенетические компоненты мимических структур нестойки, они распадаются и растворяются под воздействием манифестирующего патологического фактора, и это можно проследить, например, в клинике прогрессивного паралича.

Дефекты отдельных органов чувств в свою очередь накладывают болезненный отпечаток на общую картину патологии лица. Хорошо изучено лицо слепых с характерной сглаженной лобной мимикой. При близорукости обычно бывает растерянное выражение лица и неуверенный взгляд. Часто дефекты зрения компенсируются особым положением головы: приподнятое, склоненное набок, несколько опущенное и т. д.

Глухота придает лицу выражение настороженности и напряженности при вслушивании и наблюдении за движущимися губами собеседника. Ранее поседение тоже косвенно участвует, наряду с другими признаками, в формировании измененных картин лица, накладывая на последнее возрастной отпечаток. Некоторое своеобразие структуре патологии лица придают, так называемые, плохие привычки или «мимические аномалии», как, например: покусывание нижней губы, кончика уса и т. д.

Как правило, в структуре патологических картин лица следует учитывать «мимический феномен мерцания органики» — ее улучшение и ухудшение, обусловленные динамическим течением заболевания.

Невропатологи и психиатры более часто, нежели другие специалисты, встречаются с дисмимической формой **«гемомимий»**. Ее анатомо-физиологический субстрат заключается в поражении талямуса. Клинически она проявляется в том, что та сторона лица, которая одноименна пораженной части зрительного бугра, теряет способность к мимической деятельности при аффективных переживаниях. Интерес данного мимического феномена усугубляется тем, что способность к произвольным движениям данной части лица сохраняется. Не нужно забывать, что встречаются и другие случаи гемомимий, протекающие без поражения зрительного бугра. Тогда нарушается и произвольная мимическая деятельность пораженной части лицевой фигуры.

Форма ослабленной мимической деятельности носит наименование **«гипомимий»**. Ее анатомо-физиологический субстрат заключается в ослаблении иннервации, связанной с тонусом лицевой мускулатуры. Она встречается при ряде заболеваний центральной нервной системы. Ее следует симптоматически считать обычной в клинике депрессивных состояний.

Ее динамической противоположностью следует считать усиленную мимическую деятельность, называемую **«гипермимией»**. Анатомо-физиологический субстрат ее заключается в процессах возбуждения центральной нервной системы. Клинически она проявляется в обильной, бурной мимической игре с большим разнообразием мимических трансформаций и нюансов. В наиболее выраженной степени они встречаются при маниакальных состояниях циркулярного психоза, нередки они и в клинике шизофрении и прогрессивного паралича.

При неадекватной корреляции мимической игры с психическими переживаниями говорят о **«парамимиях»**. Наиболее ярки парамимические картины, когда больные во время плача одновременно смеются. Такой пациент, улыбаясь, может поведать врачу о невероятно тяжелой грусти, которая гнетет его, мучает и не дает покоя ни на минуту. Анатомо-физиологический субстрат парамимий чрезвычайно сложен и, по-видимому, в основном заключается в явлениях диссоциации кортикальной и субкортикальной деятельности.

Любопытна подражательная форма дисмимий,— так называемые, **«эхомимии»**. Анатомо-физиологический субстрат ее лежит, по-видимому, в снижении кортикальной деятельности. Психологический — в повышенной внушаемости. Встречается она при олигофрении и шизофрении.

Настало время приступить к созданию в клинике мимических расстройств учения о «мимическом синдроме» под новым углом зрения и изучать его, как «передний план» заболевания, как его органический экспонент. Сложная структура мимической патологии нуждается в многогранном анализе, и, в первую очередь, в синдромологическом понимании. Наряду с другими проявлениями структурного формирования болезненных расстройств лица человека, синдром мимических нарушений входит составным компонентом в общую мозаику клинической картины страдания.

Только в общем контексте со всей картиной заболевания изучение мимических расстройств, как синдромологического феномена, может давать те ценные теоретические и практические данные, которыми располагают мимические синдромы. Подобное исследование мимических изменений как составной части единого целого — клинической картины и как совокупность ряда мимических симптомов, формирующих синдром, является плодотворным. Практически важно увидеть в каждом отдельном конкретном случае зарождение синдрома с целью углубленного познания его этиологических корней, их формирования, в начальной стадии и в динамике по мере развития заболевания.

Генез отдельных мимических синдромов обусловливается рядом причинных факторов эндогенного и экзогенного характера. От начальной, едва заметной формы выявления мимического синдрома до нарастания его на полную высоту существует длинный динамический путь развития. Важно прослеживать пути выявления и становления мимических синдромов. Вначале они представляют собою едва заметную, почти не выраженную микросимптоматику, проявляющуюся очень слабыми дисмимическими знаками. Ее проявления могут быть самыми разнообразными как в сторону «плюса», то есть усиления существующей мимической деятельности, так и «минуса» — в смысле ее снижения и угнетения. В качестве примера можно указать на мало заметное мимическое «оживление» в начальной стадии нарастания маниакального состояния или на мимическое «оскудение» в постепенной манифестации депрессивных состояний.

Важно подчеркнуть, что во многих случаях микроскопические мимические дисфункции являются одними из первых динамических про-

явлений зарождающихся мимических синдромов. И дальше, по мере нарастания общей патологической симптоматики, наблюдается активизирующееся развитие дисмимической синдромологии. В основном оно заключается, с одной стороны, во все углубляющейся дисфункции мимической деятельности, а с другой — в нарастании ее патологической симптоматики.

Динамику нарушений мимики следует изучать на всех стадиях их проявлений: а) в начальной, б) на высоте развития заболевания, в) в исходных состояниях.

Подобный подход к познанию клиники дисмимий позволяет установить как ведущие тенденции патологического процесса, так и его темпы — интенсивность течения конкретной болезненной формы.

В последние годы наблюдается широкое внедрение новейшей техники в теорию и практику медицины. На службу ставится электроника. Привлекаются вычислительно-решающие устройства. В ряде медицинских учреждений установлены кибернетические машины. Они используются в различных направлениях, в частности, в диагностике и в расшифровке диагноза неясных и затруднительных случаев болезни.

Рассматривая возможности использования в ближайшее время электронной техники для более углубленного изучения патологии лица, хочется быть оптимистом. Например, криминалисты, исходя из своих конкретных задач, уже думают об этом.

В качестве иллюстрации приводим следующее высказывание: «Криминалистам хорошо известно, что некоторые индивидуальные пропорции каждого человеческого лица практически не меняются в течение всей жизни. Фотоэлектрическое устройство, снабженное вычислительной машиной, могло бы без труда определять эти пропорции и тем опознавать людей по их внешнему облику» *

Подобная постановка вопроса медиков мало интересует. Но здесь заслуживает внимания возможность программирования наиболее распространенных и типичных клинических картин патологии лица с тем, чтобы в кибернетические устройства, наряду с другими диагностическими программами, закладывались бы и дисмимические показатели, и, таким образом, выдавалась бы информация о болезни также и по патологии лица.

Но это дело будущего. Сейчас же пока было бы неплохо, если бы в медицинских учреждениях удалось наладить систематическое фотографирование больных с наиболее интересными клиническими картинами патологии лица. Речь идет о внедрении фотокинографической методики в научно-практическую деятельность лечебных учреждений.

Эта методика с большим успехом применяется для изучения клиники дисмимий, для изучения патологии лица. Фотография фиксирует мимические выражения в статике, а кинематография — в динамике. Технически снимки делаются большей частью крупным планом. Обычно производятся фронтальные и профильные фотодокументации лица. В нужных случаях (неясность заболевания сложность его распознавания и т. д.) производится многократное фотографирование самых разнообразных мимических вариаций у одного и того же больного; обработке подвергается целая серия снимков. Благодаря этому накапливается наглядный документальный материал, коррелируемый с данными истории болезни и отражающий динамику манифестации дисмимий. Там, где это представляется возможным, целесообразно прилагать преморбидные фотокарточки больного для сопоставления нормы с формирующейся патологией.

---

* Соколовский Ю. С. Кибернетика настоящего и будущего, 1959 г. Харьковское книжное изд., стр. 136—138.

ЛИЦО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕКОТОРЫХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

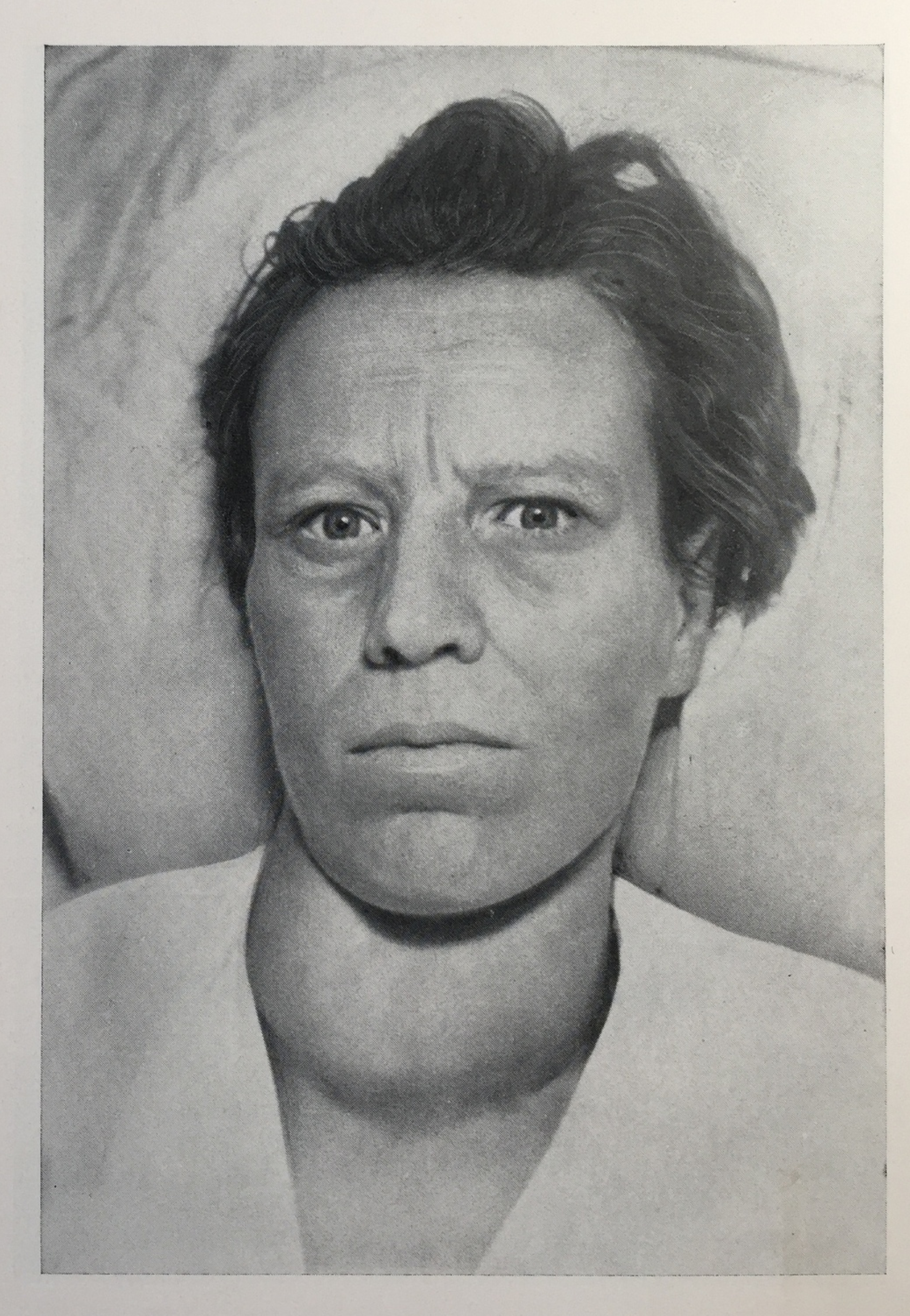


Рис. 1. **Гипертиреоз (зоб).** Больная 48 лет. Застывшее выражение лица. Взгляд испуганный. Бедность мимики, темные круги под глазами. Напряжение циркулярной мышцы рта. Увеличенная щитовидная железа.

Рис. 3. **Гипотиреоз у женщины 50 лет (по Heglins).** Одутловатое старческое лицо. Морщинистая отекшая кожа. Глубокие складки на всем лице. Они не расправляются, несмотря на отек. Однообразие мимики и ее неадэкватность. Обращают на себя внимание суженные глазные щели за счет нависания кожи верхних век. Волосы бровей поредевшие. Явления маскулинизации.

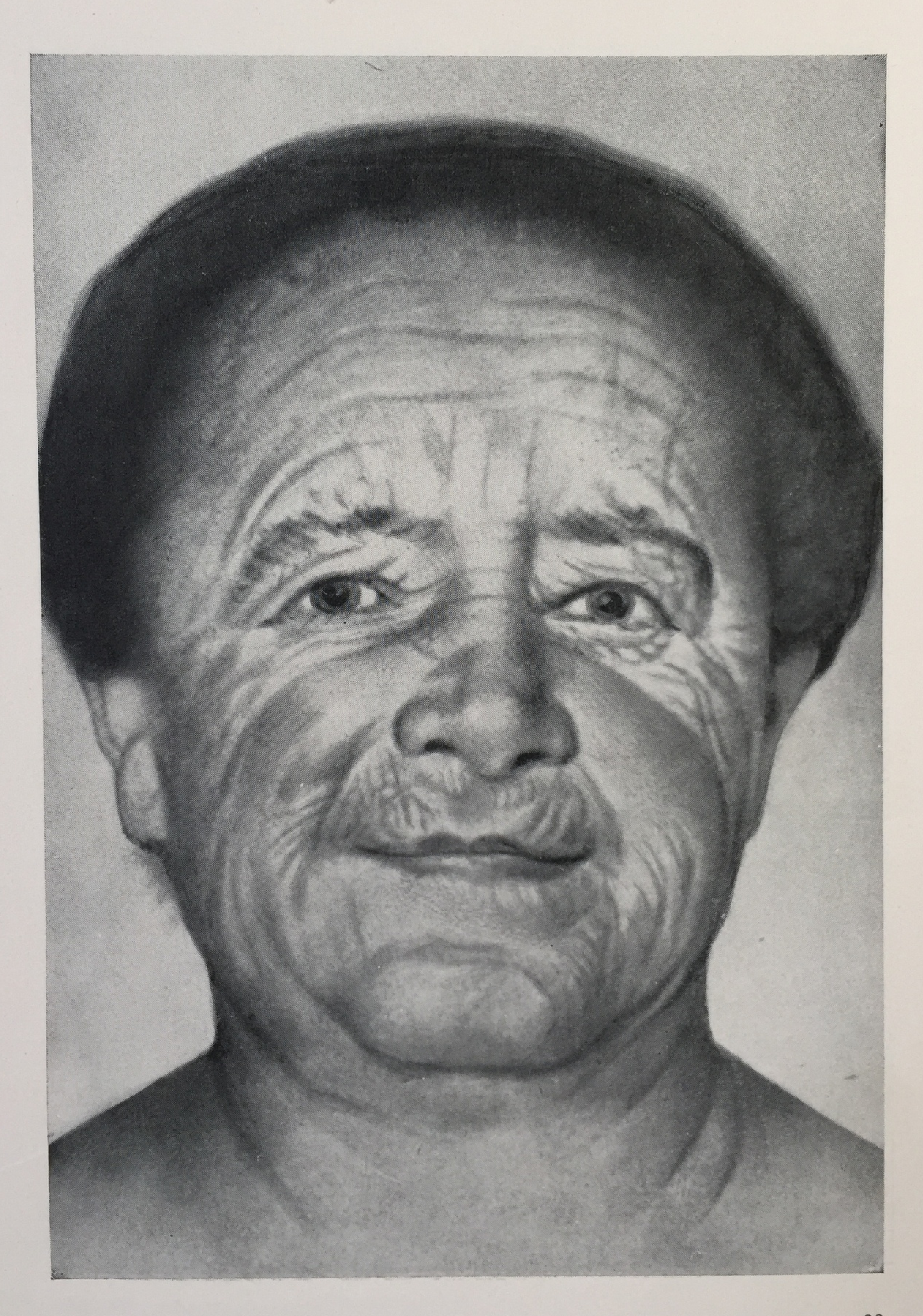


Рис. 2. **Гипертиреоз (по Heglins).** Похудание, экзофтальм. Выражение страха на лице. Нависшие брови, несмотря на собранность кожи лба в складки. Резко расширенные зрачки. Глубокие носо-губные складки. Западение щек.

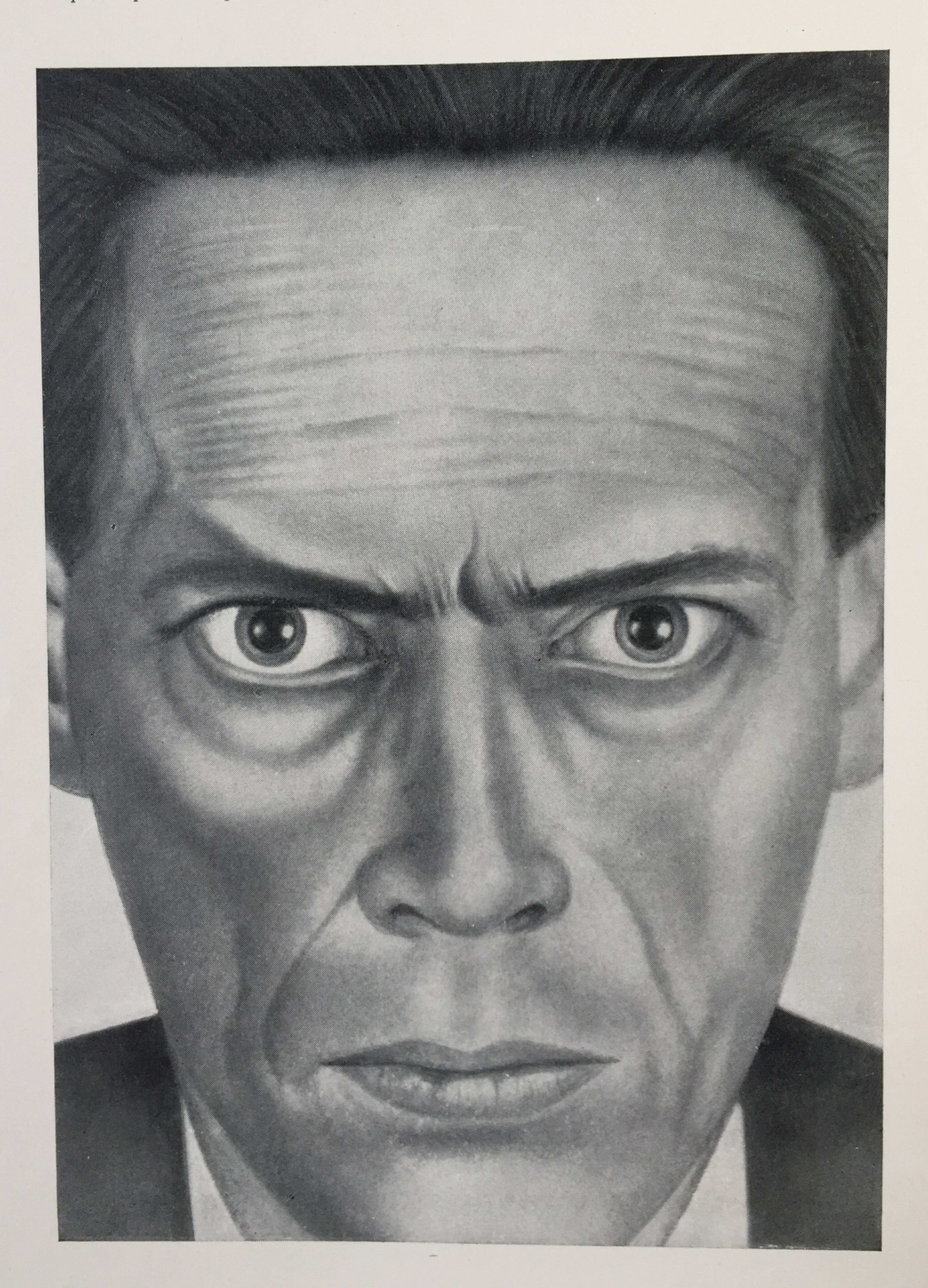


Рис. 4. **Микседема у женщины 30 лет** (*по Curtis*). Вверху снимки в профиль и анфас до лечения. Огрубение лица и мимики. Утолщенные губы и веки. Значительная отечность, лицо одутловатое, мешки под глазами. После лечения (нижние снимки) лицо нормализуется. Отеки исчезли, взгляд стал живым, мимика адэкватной.



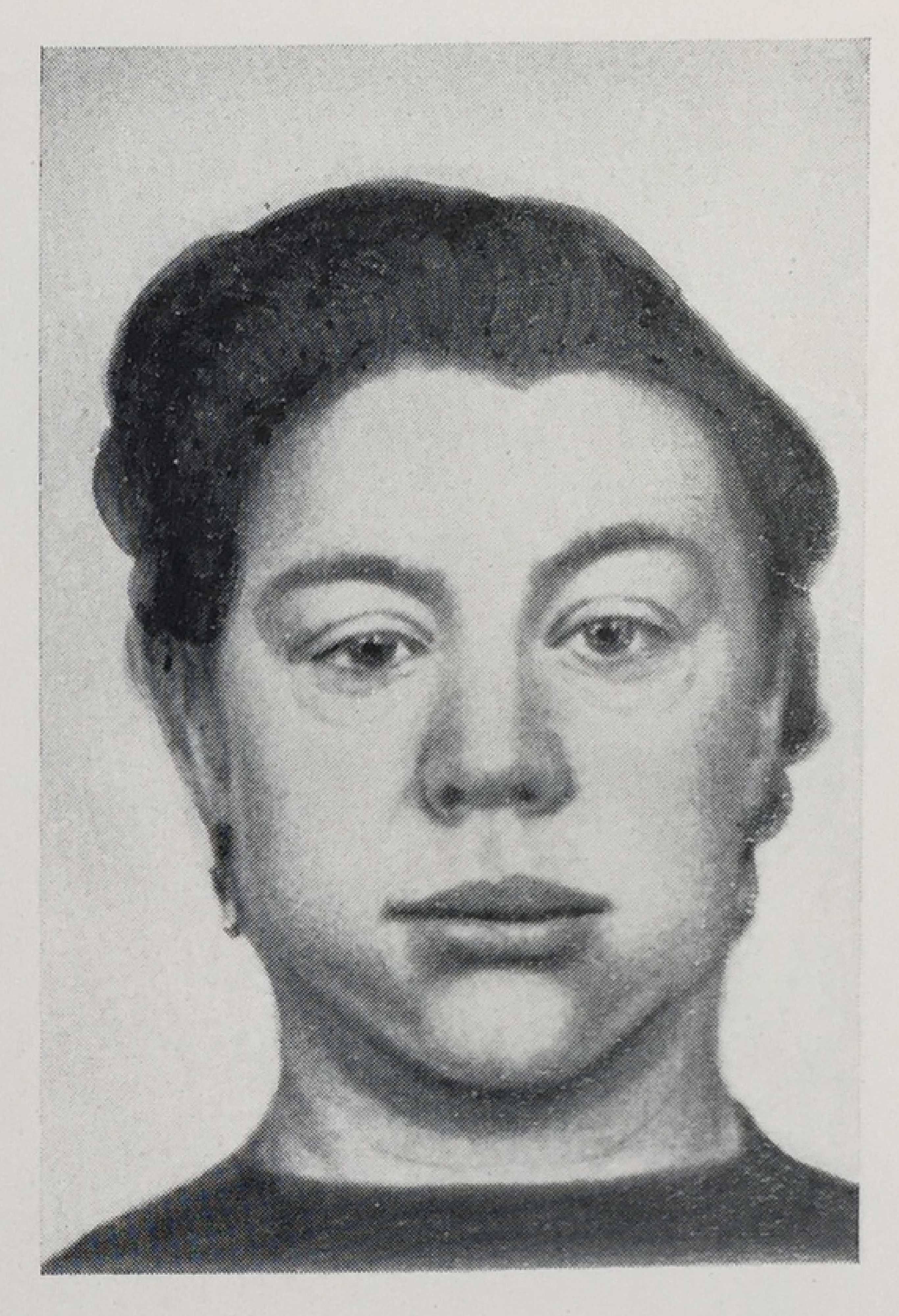






Рис. 5. **Гипертиреоз в старческом возрасте.** Отечность лица и шеи. Голова кажется сближенной с грудью («входит в плечи»). Мешки и синева под глазами. Небольшой экзофтальм, асимметрия зрачков. Тонус мимических мышц повышен.

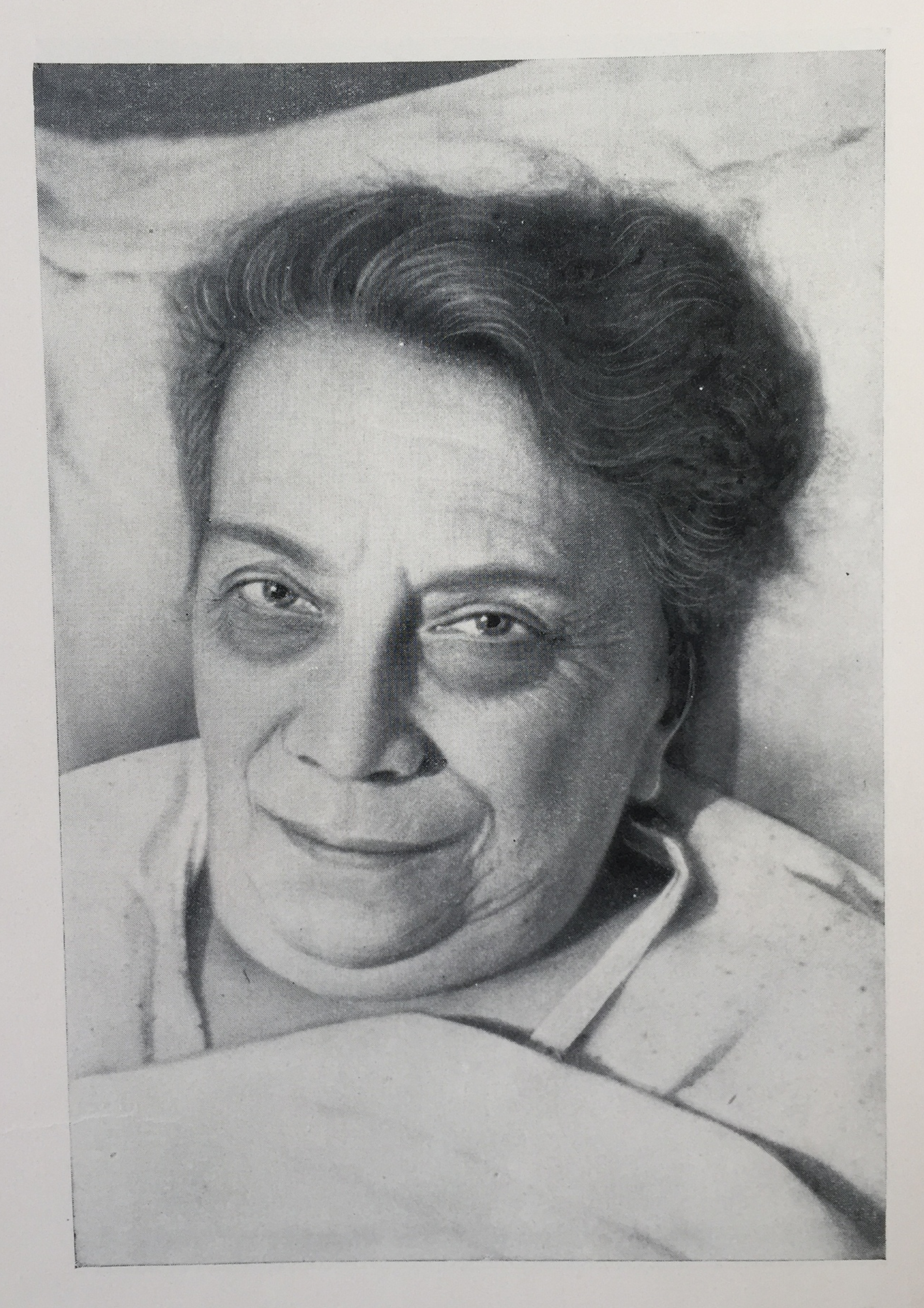


Рис. 6. **Базедова болезнь.** Лицо кажется истощенным и постаревшим. Резко выраженный экзофтальм. На коже лба выделяются горизонтальные складки. Латеральные концы бровей приподняты кверху. Носо-губные складки обострились. Взгляд напряженный, из-за неправильного поворота глазного яблока оказывается направленным «поверх» рассматриваемого объекта.

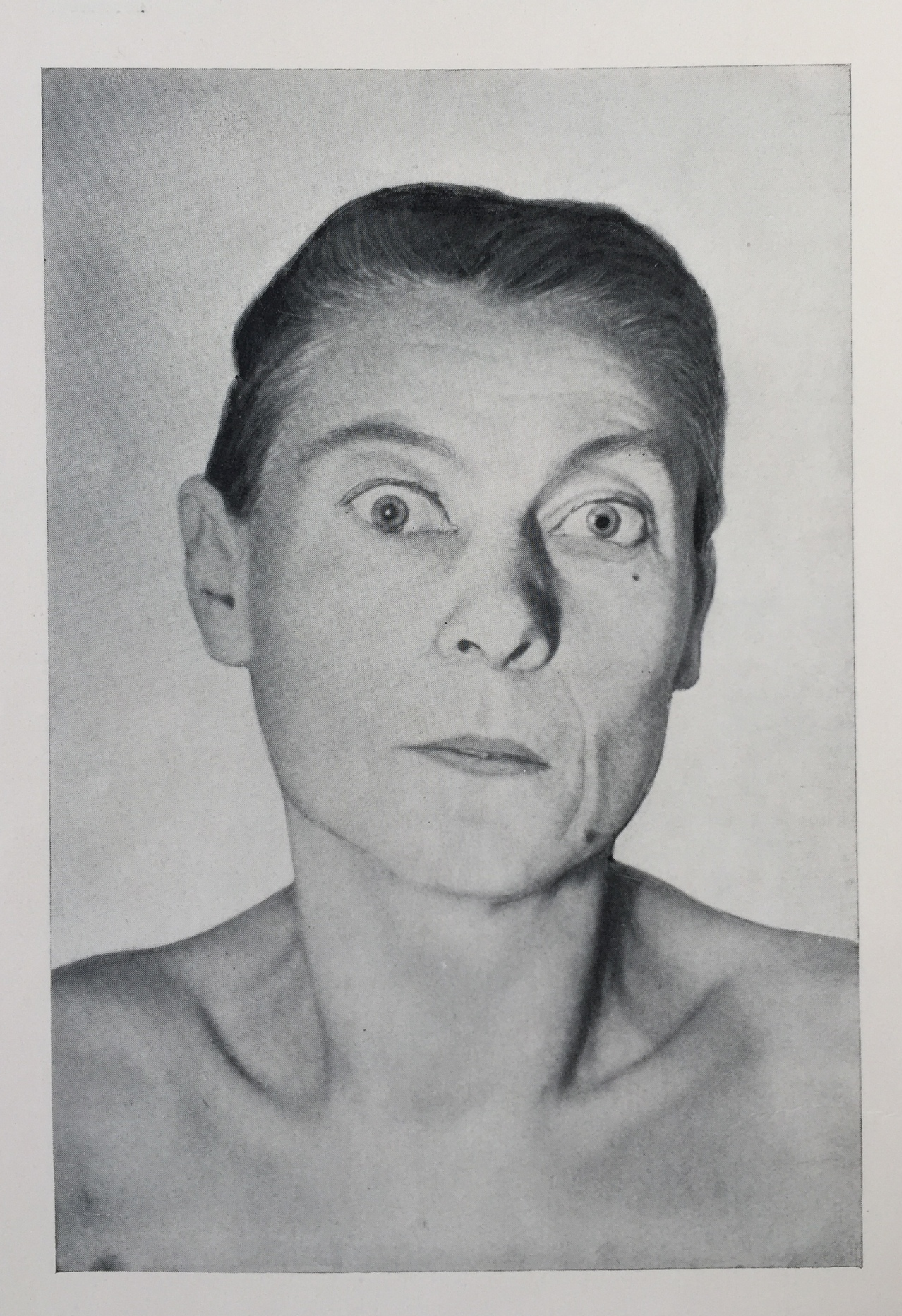
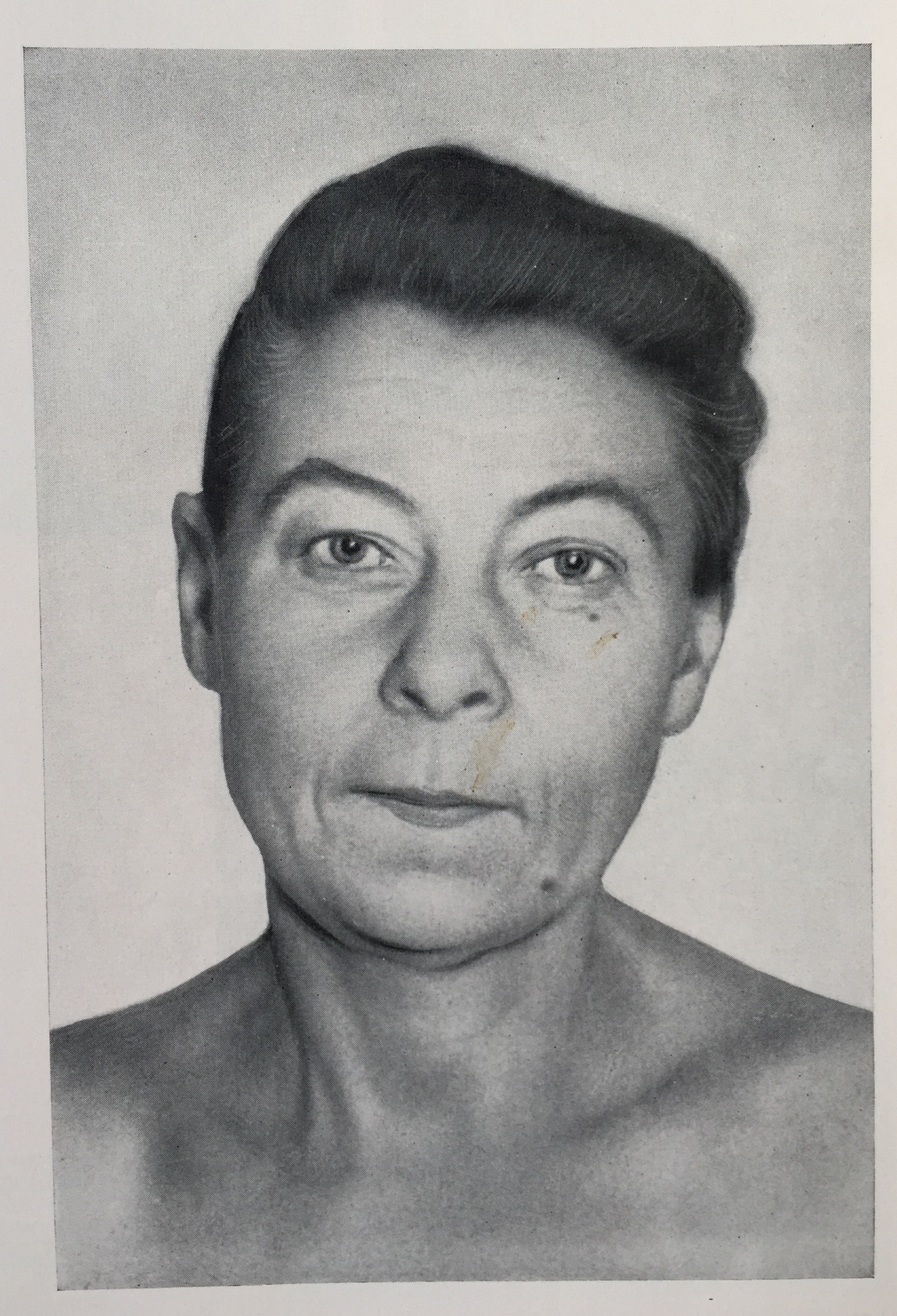
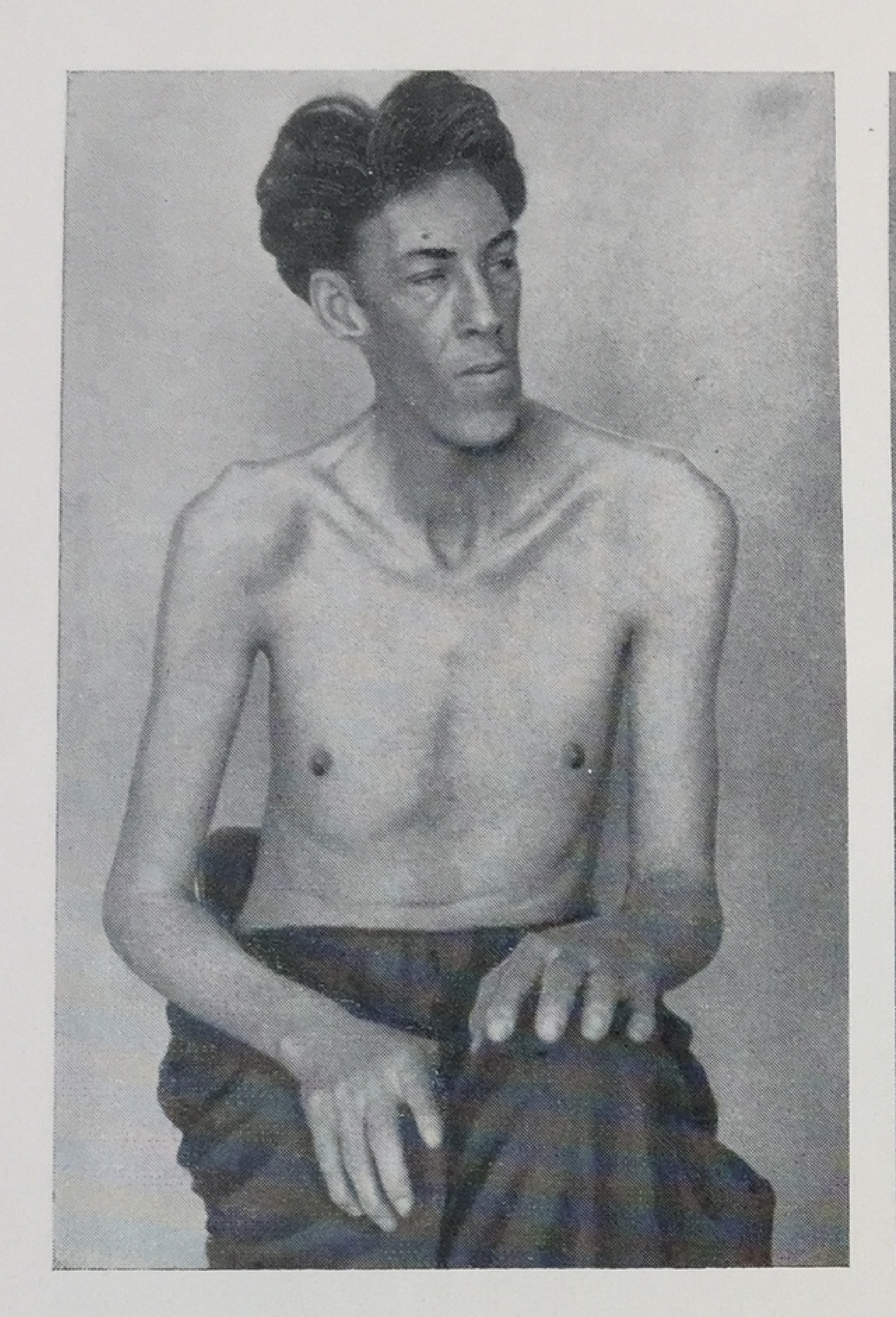
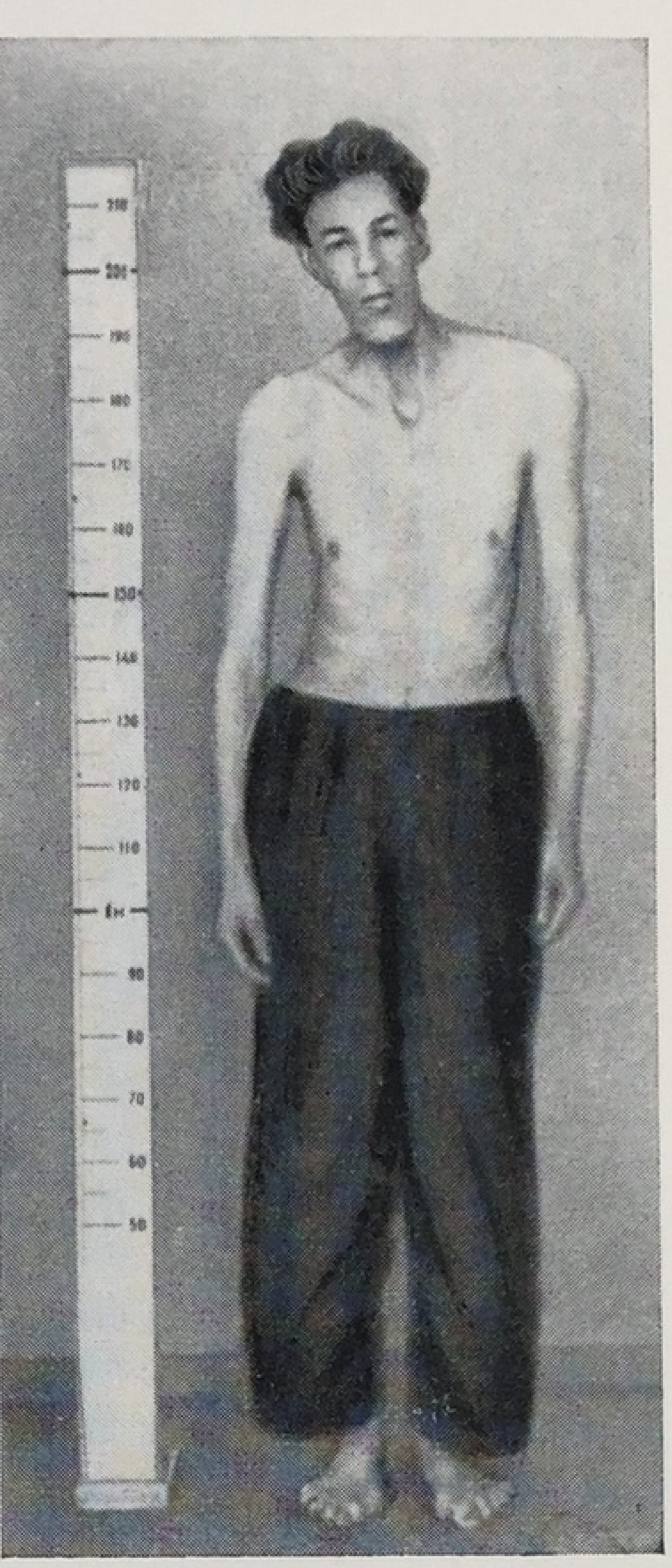


Рис. 7. То же лицо, что и на *рис. 6*. Больная после лечения базедовой болезни. Нормализация мимики, исчезновение экзофтальма, улучшение тургора кожи, уменьшение носо-губных складок.







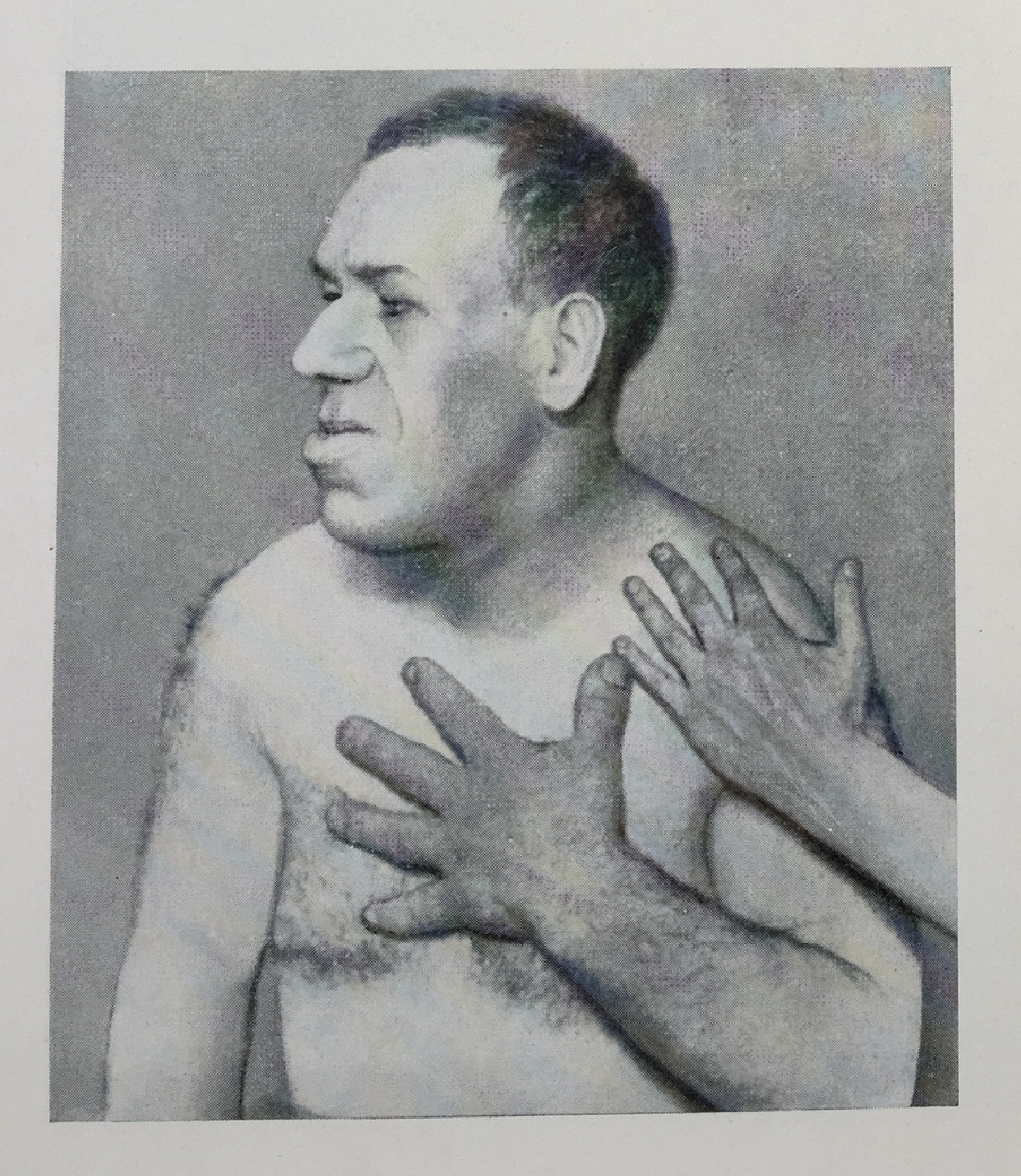
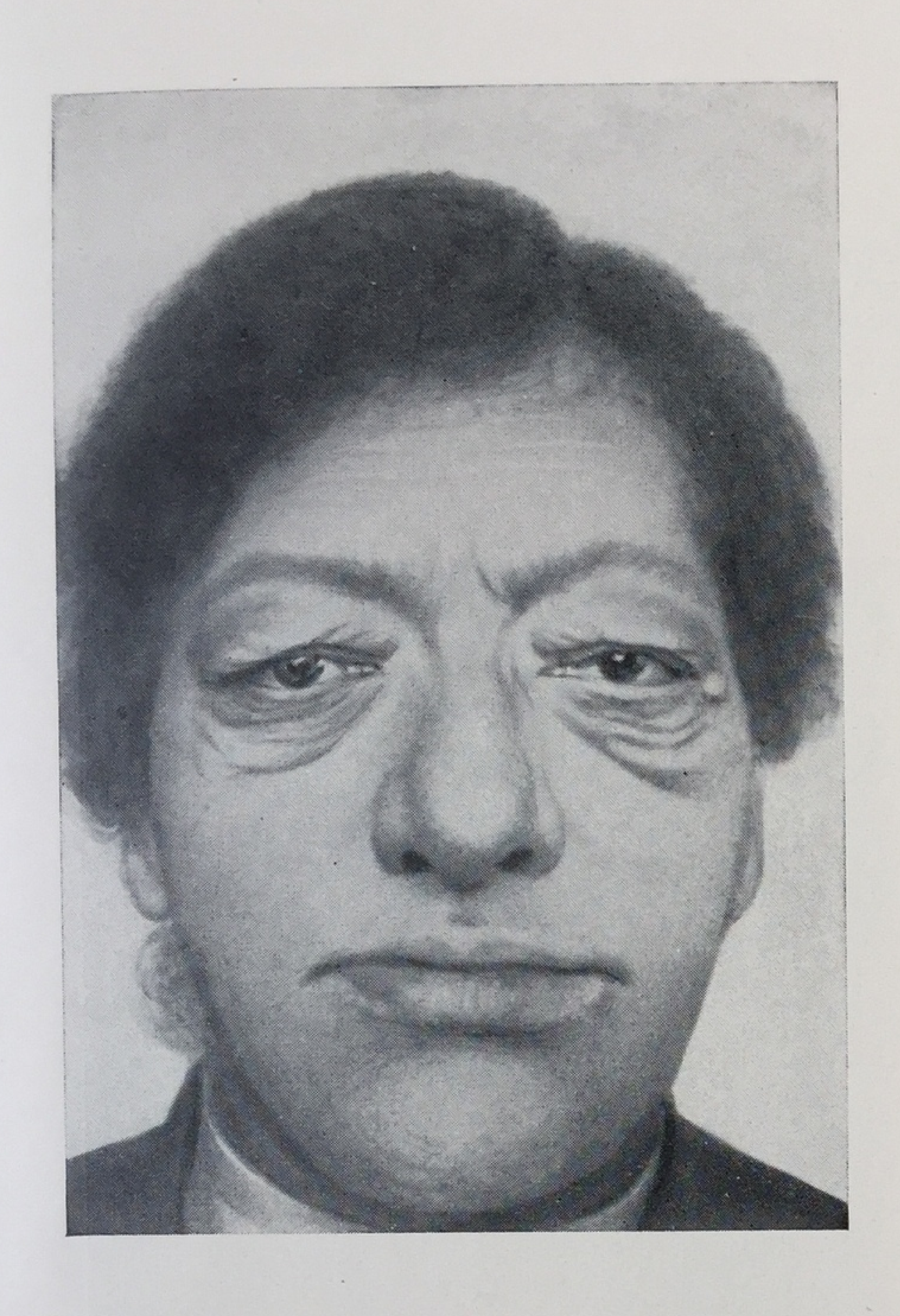


Рис. 8. **Акромегалия у мужчин** *(верхнее фото оригинальное, нижнее по Ochswer)*. Деформация лицевого черепа. Заметное его удлинение. Мощная нижняя челюсть с нижним прикусом. Гипомимия. Отечность вокруг глазных яблок. Все гармонические пропорции лица нарушены.



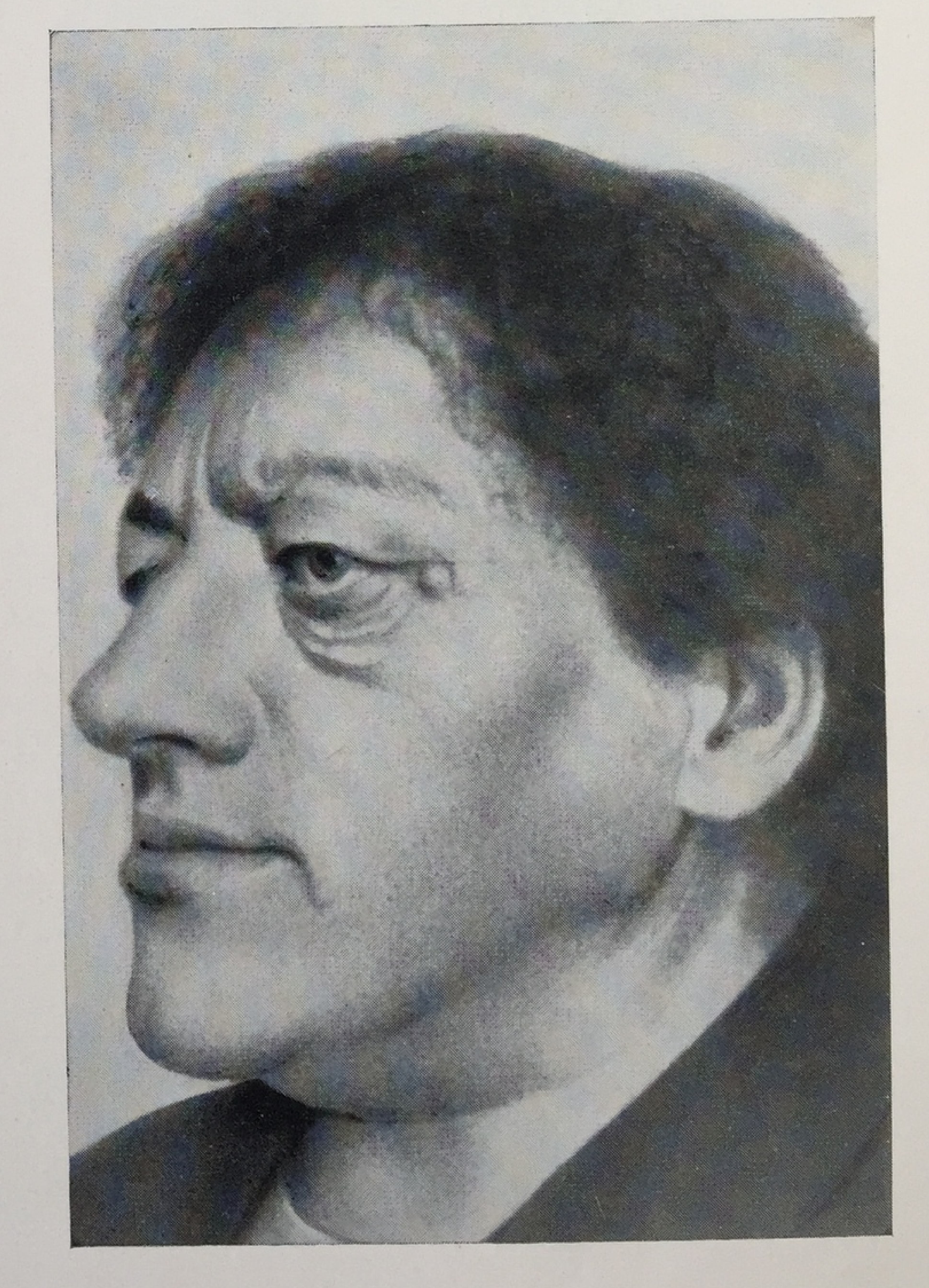
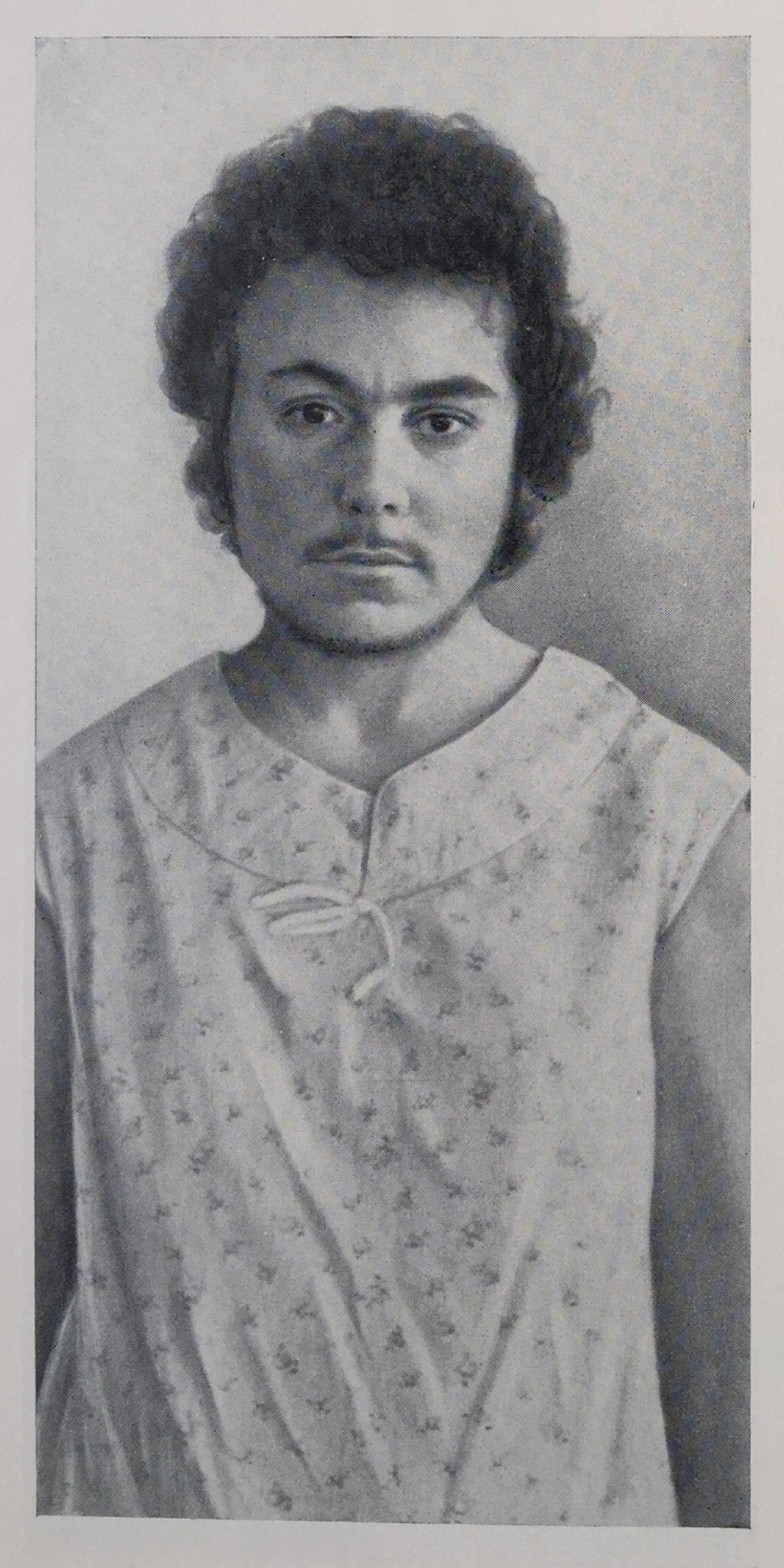


Рис. 9. **Акромегалия.** Лицо женщины 40 лет (*по Korkhaus*). Деформация всего лицевого ансамбля. Выражение сонливости подчеркивается «заплывшими» глазами, отечностью орбитальной клетчатки. Резко увеличенный нос, грубый рисунок рта с растянутой ротовой щелью. Нижняя челюсть кажется массивной, надбровные дуги выступающими. Отчетливо обозначены скуловые дуги.

Рис. 10. **Вирилизм.** Обнаружение вторичных половых признаков на лице молодой женщины по мужскому типу. Изменения связаны с эндокринными расстройствами (точнее, гипофизарными).

Рис. 11. **Болезнь Кушинга.** Мальчик 14 лет. Патологическое ожирение распространяется на лицо и шею. Адипозо-генитальная дистрофия церебрально-дегенеративного типа. Инфантильность лица при увеличении общих размеров тела. Невыраженность вторичных половых признаков.



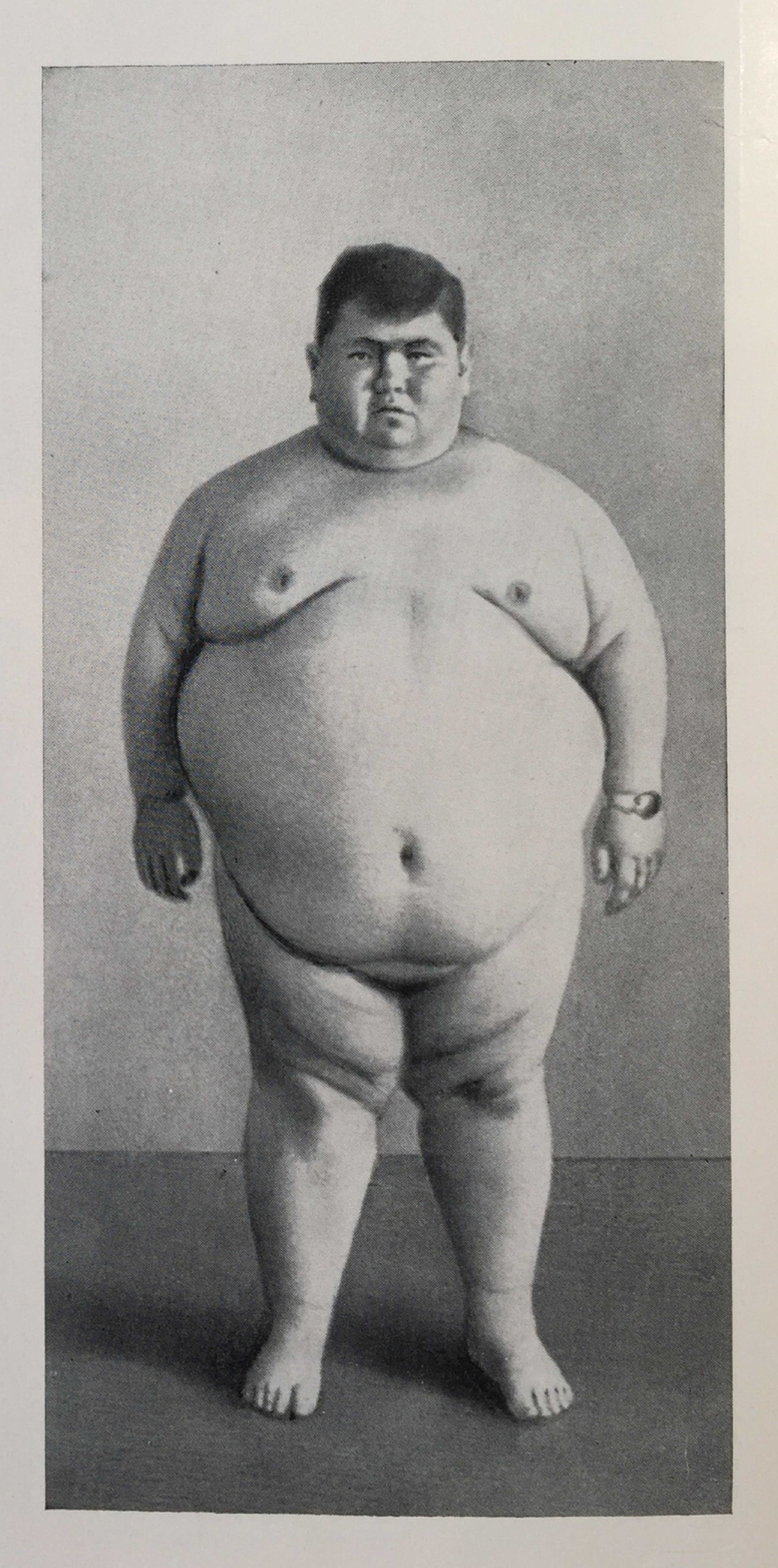


Рис. 12. **Адипозо-генитальная дистрофия** у девочки 6 лет. Избыточное отложение жира. Интеллект и мимика типично детские, хотя рост и вес тела превосходят средние показатели в несколько раз.

Рис. 13. **Гипофизарный нанизм.** Ребенок 14 лет. Общее недоразвитие. Старческие признаки на лице, но обычная детская мимика. Характерна непропорционально большая величина орбит. Углы рта опущены книзу и служат дополнительным средством выражения печали. Значительное различие развития верхней и нижней половин лица.

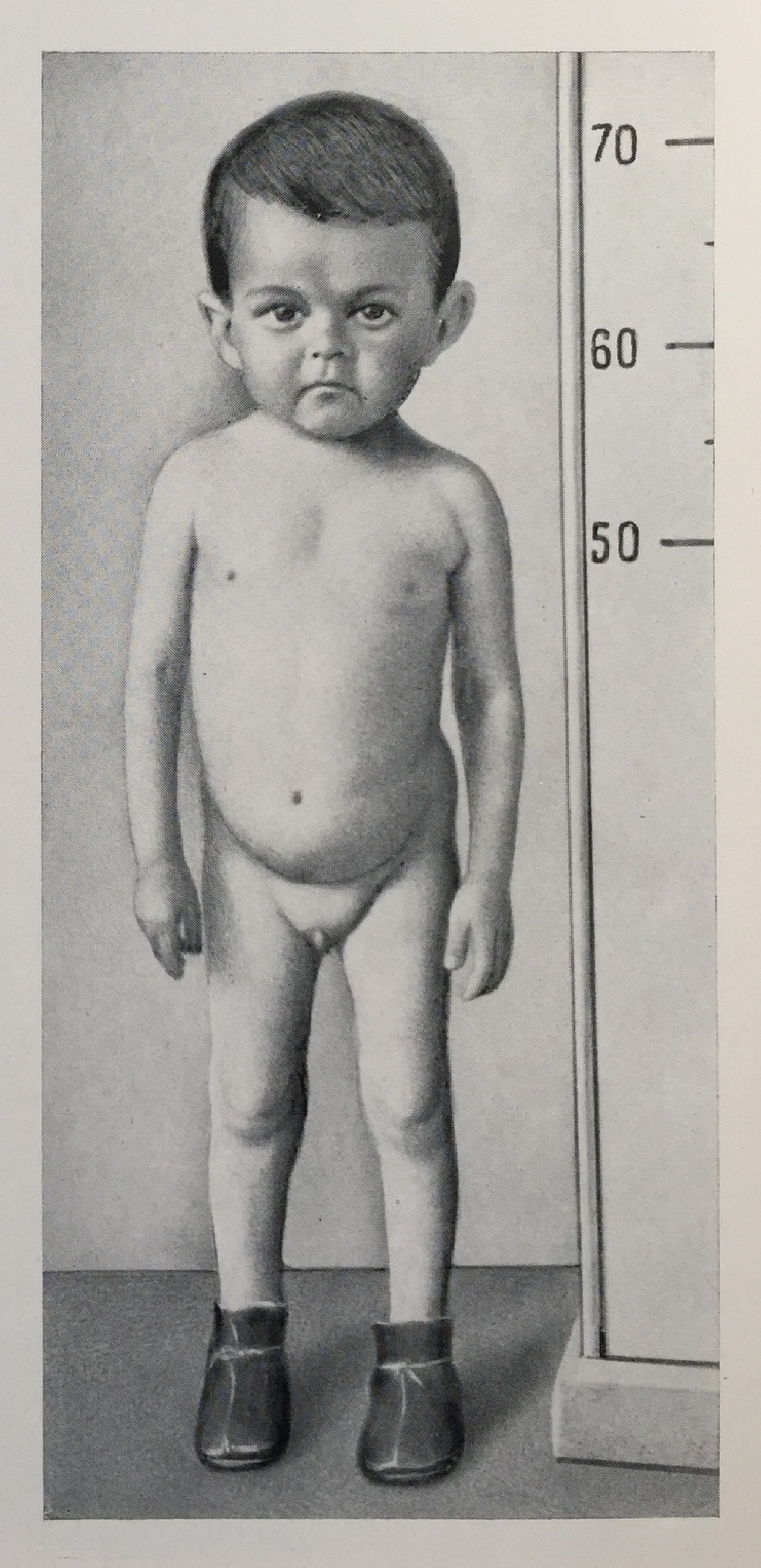


Рис. 14. Лицо женщины 45 лет, перенесшей **инфаркт миокарда.** Страдальческое постаревшее лицо с оттенком отрешенности. Неравномерно разомкнутая ротовая щель. Сниженный тонус мимических мышц. Оттянутые крылья носа и напряжение мышцы, поднимающей верхнее веко как признак боли. Вялая застывшая мимика.



Рис. 15. **Атеросклеротический кардиосклероз** в тяжелой форме. Больная 60 лет после приступа стенокардии. Лицо бледное, пастозное. Кожные складки сглажены. Мышцы лица атоничные, мимика вялая. Из-за расслабления мышц верхнее веко опущено, глазная щель сужена. Глаза блестят. Общее выражение лица свидетельствует об усталости и депрессии.

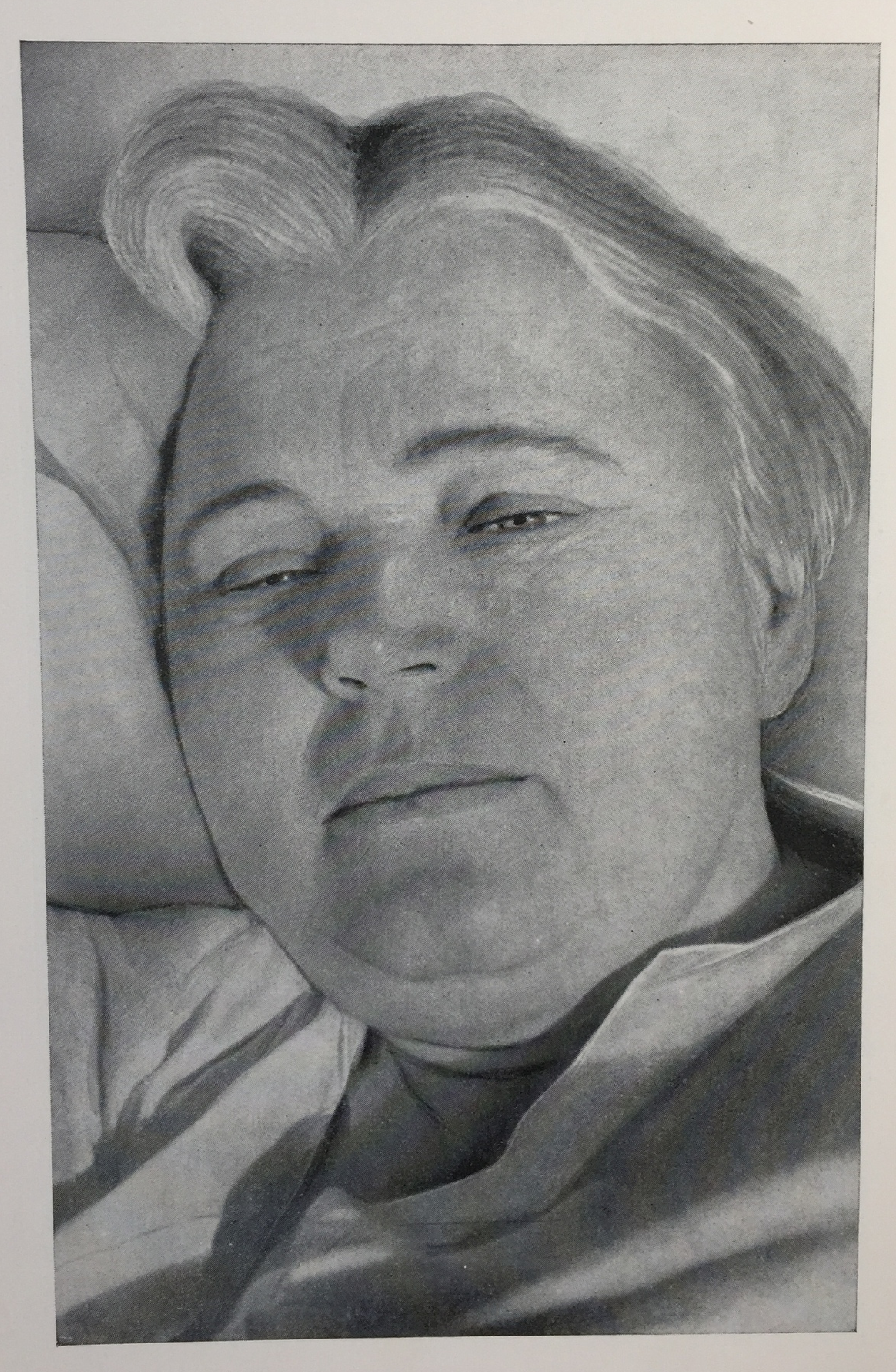


Рис. 16. У больного **инфаркт миокарда.** Лицо отечное, асимметричное, на правой стороне носо-губная складка сглажена. Глаза слезятся. Левый зрачок расширен, глазное яблоко выпячивается. Горизонтальные складки на лбу расправлены, вертикальные рельефны. Напряжение мышц окружности рта. Тревожный и «плаксивый» взгляд.

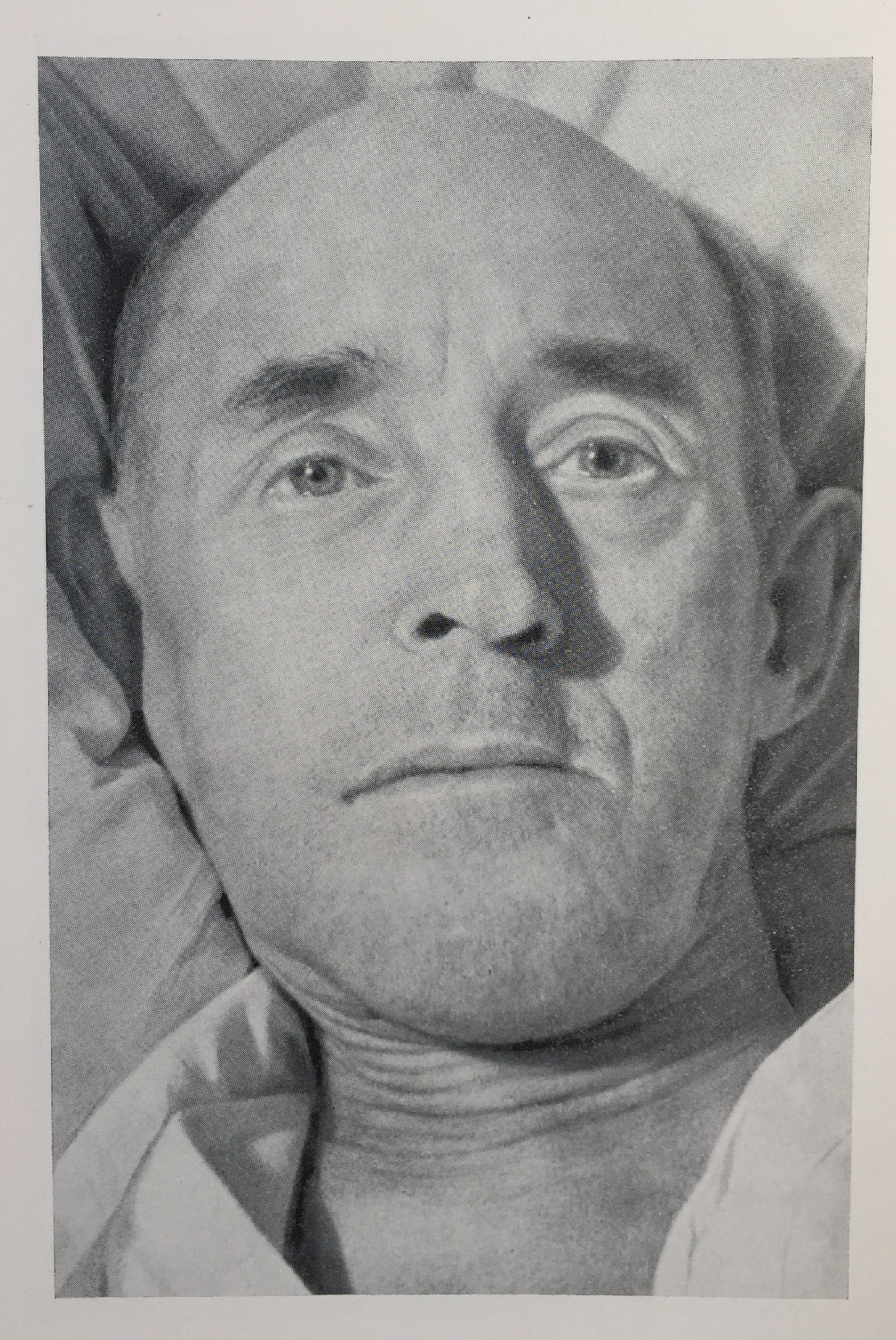


Рис. 17. Больной страдает тяжелой формой **стенокардии.** Фото сделано в перерыве между приступами. Лицо несет отпечаток недавних тяжелых болей. Больной вял, апатичен, безучастен к окружающей обстановке. Характерна сглаженность горизонтальных морщин и выпуклость продольных складок на лбу. Брови сведены и асимметричны. Левая половина лица кажется менее контролируемой; полуоткрытый рот — следствие расслабления жевательной мускулатуры.

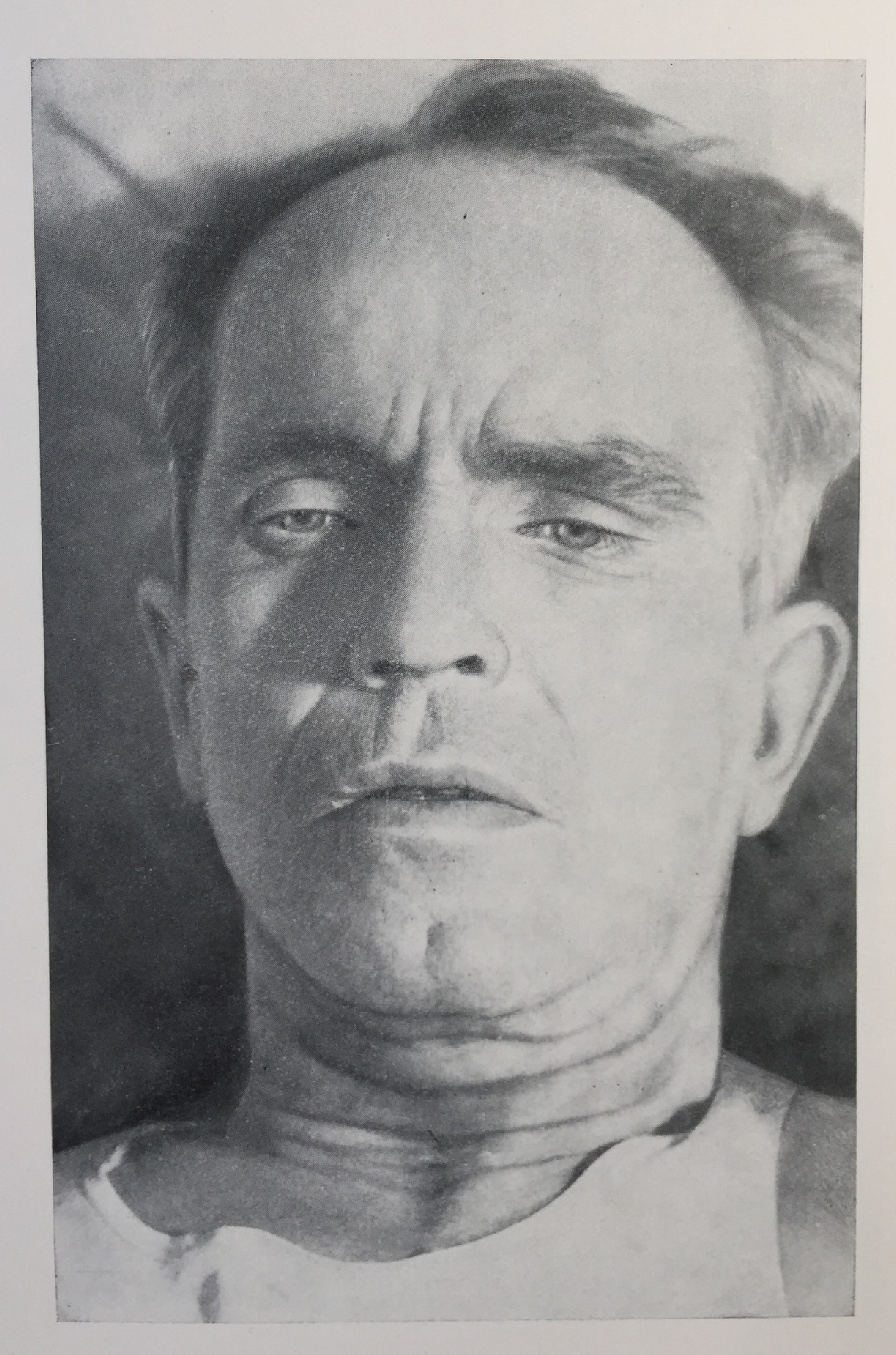


Рис. 18. Лицо больного, страдающего **гипертонической болезнью.** Тургор кожи лица повышен, складки сглажены. Цвет кожи с бронзовым оттенком. Нерезко выраженные отеки под глазами. Мимика активная, но с преобладанием охранительных реакций. Отсюда мимика заторможенности, проявления негативизма к внешним событиям.

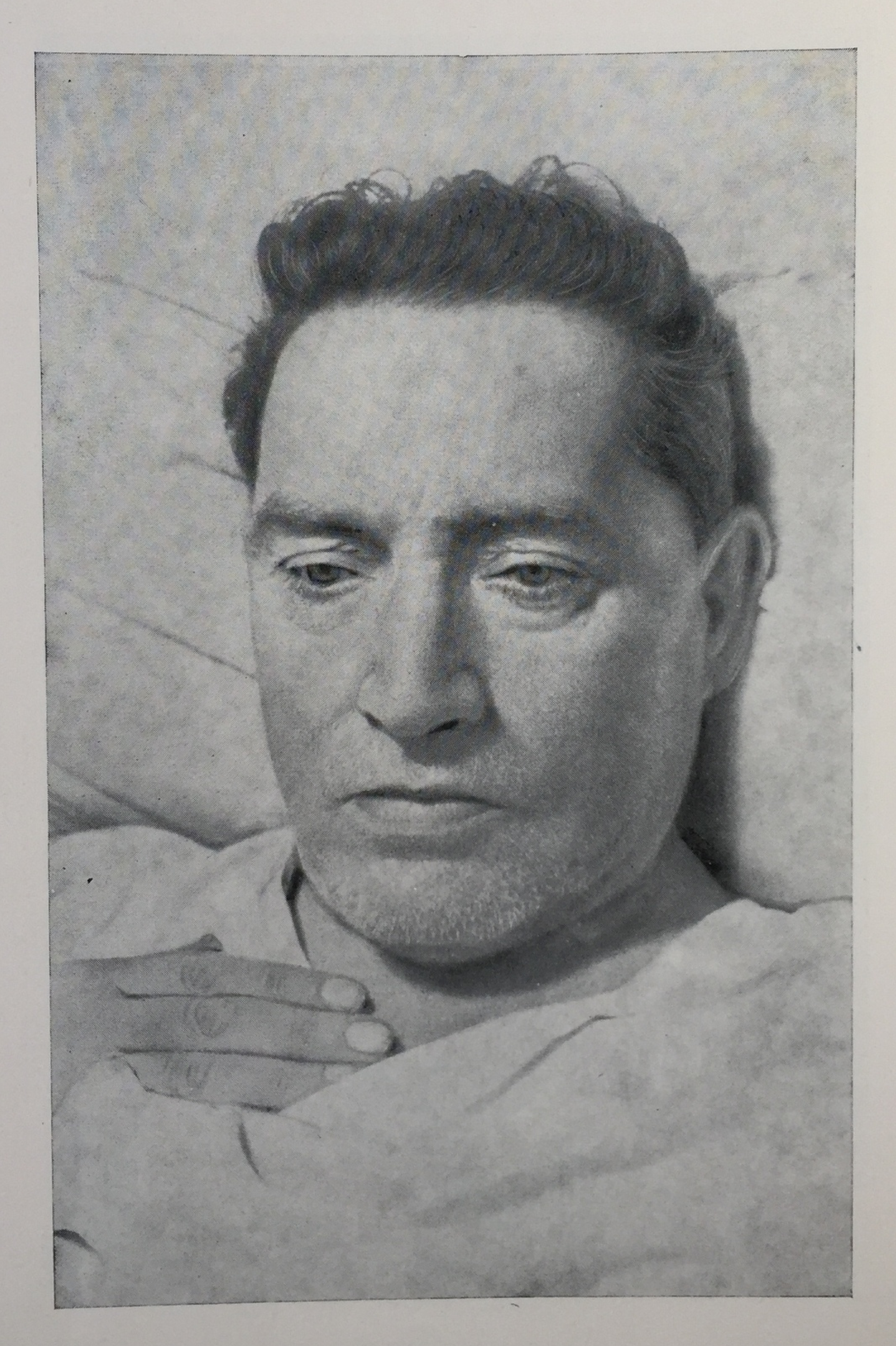




Рис. 19. **Комбинированный порок сердца** *(недостаточность аортального и митрального клапанов)* в стадии декомпенсации. Лицо женщины 42 лет бледное. Кожа лица напряжена, морщины разгладились. Губы заметно цианотичны. На шее отмечается пульсация артерий. Мимика живая. Неадэкватность внешнего вида больной и тяжести болезни.

Рис. 20. Больная 34 лет с **пороком сердца** (стеноз правого предсердно-желудочкового отверстия ревматической этиологии). Резко выраженный цианоз кожных покровов лица, слизистых оболочек и конъюнктивы глаз. Расширенные асимметричные зрачки. Взгляд тревожный, мимика напряженная.

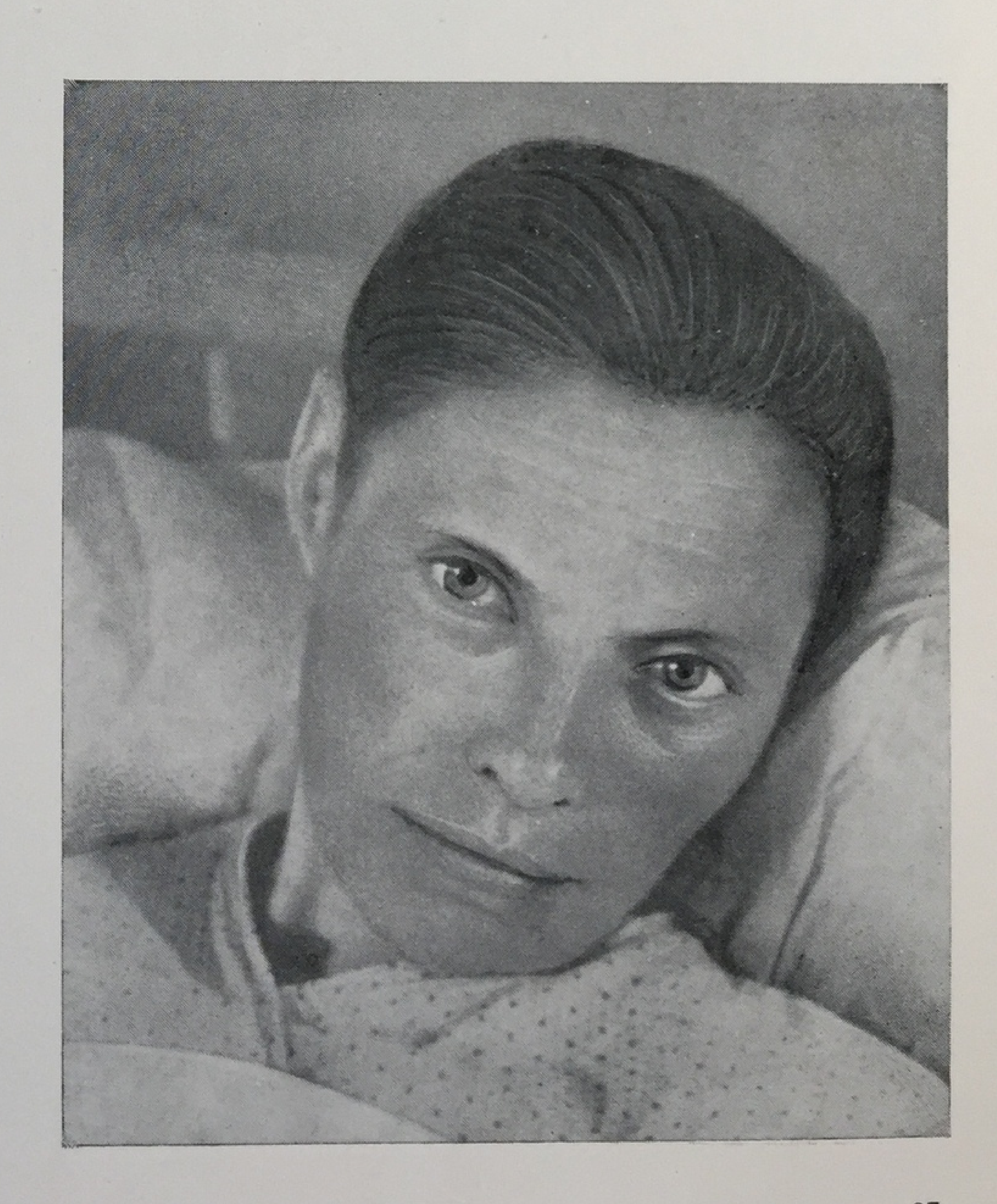


Рис. 21. Лицо больного с далеко зашедшим **кардиосклерозом,** сопровождающимся **амилоидозом почек.** Следует обратить внимание на вид кисти руки. Мимика больного несвободная, дисгармоничная. Кожа лица резко пигментирована. На шее кожа собрана в складки, которые не расправляются. Углы рта оттянуты в стороны за счет напряжения кожи. Взгляд б-го тяжелый, выражает психическое угнетение и отчуждение.

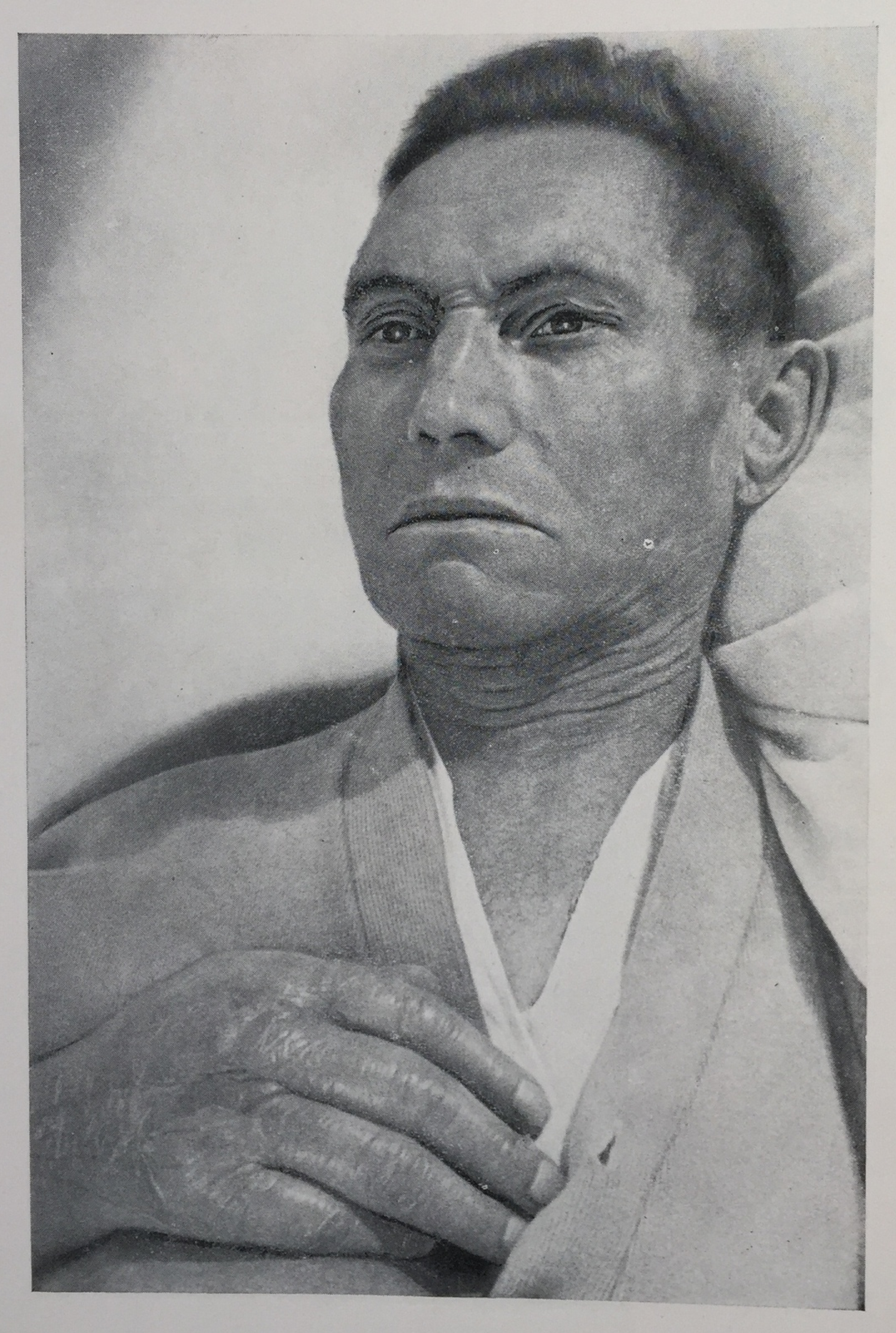


Рис. 22. **Острая почечная недостаточность** на почве хронического нефрозонефрита. Больная 22 лет. Лицо отечное, бледное, все складки на лице сглажены. Мимика бедная, однообразная.

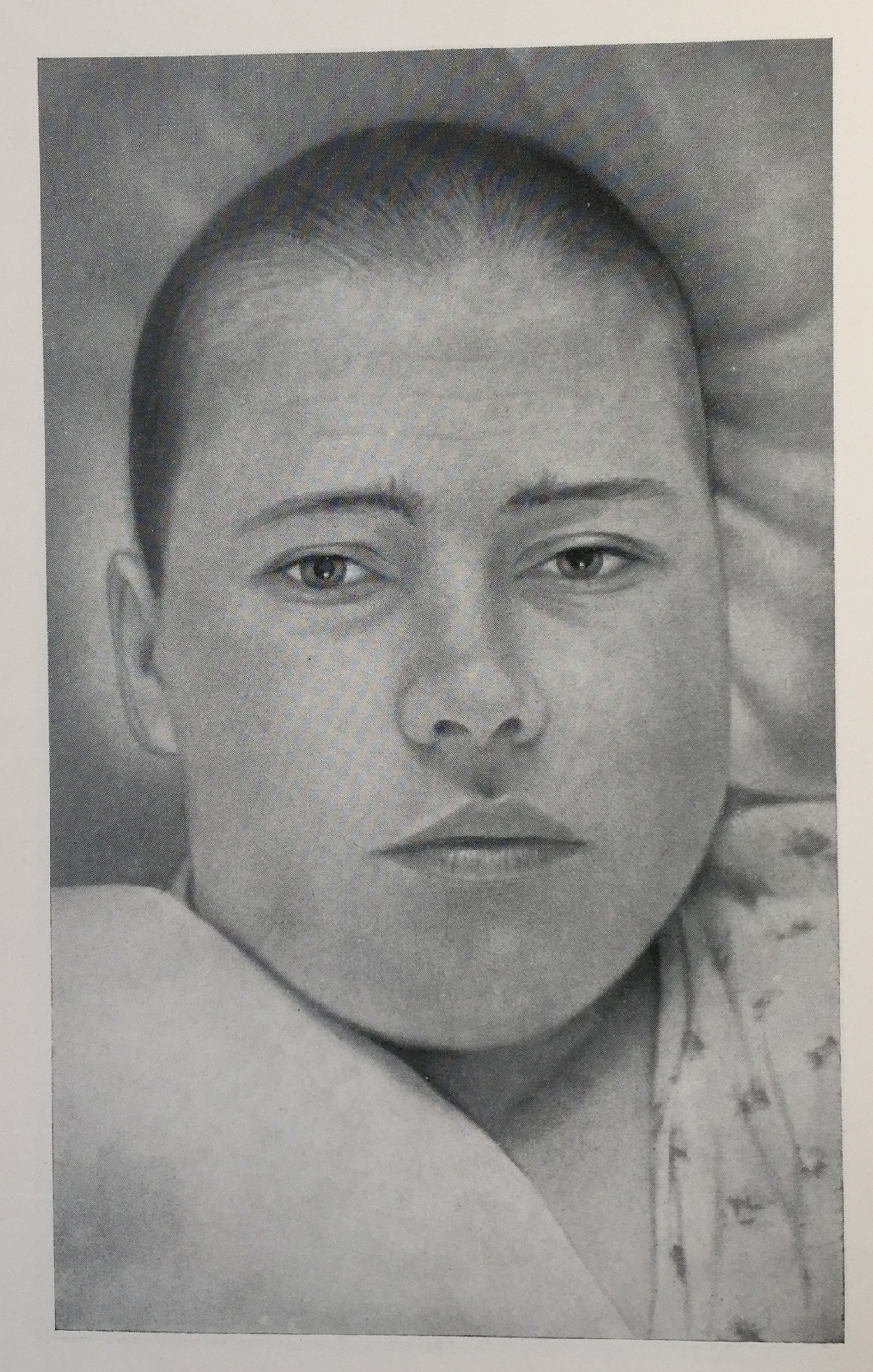


Рис. 23. Больная 76 лет. **Склероз сосудов головного мозга. Гипертоническая болезнь.** Дисгармония глаз, опущение левого верхнего века, пониженный тургор кожи.



Рис. 24. Больная, госпитализированная по поводу **глубокого общего атеросклероза.** Старческая морщинистая кожа, потерявшая эластичность, имеющая желтоватый оттенок. Слезящиеся глаза. Недостаточно осмысленный взгляд. Проявление растерянности. Сочетанная сенильная мимика с отчетливыми инволютивными изменениями.

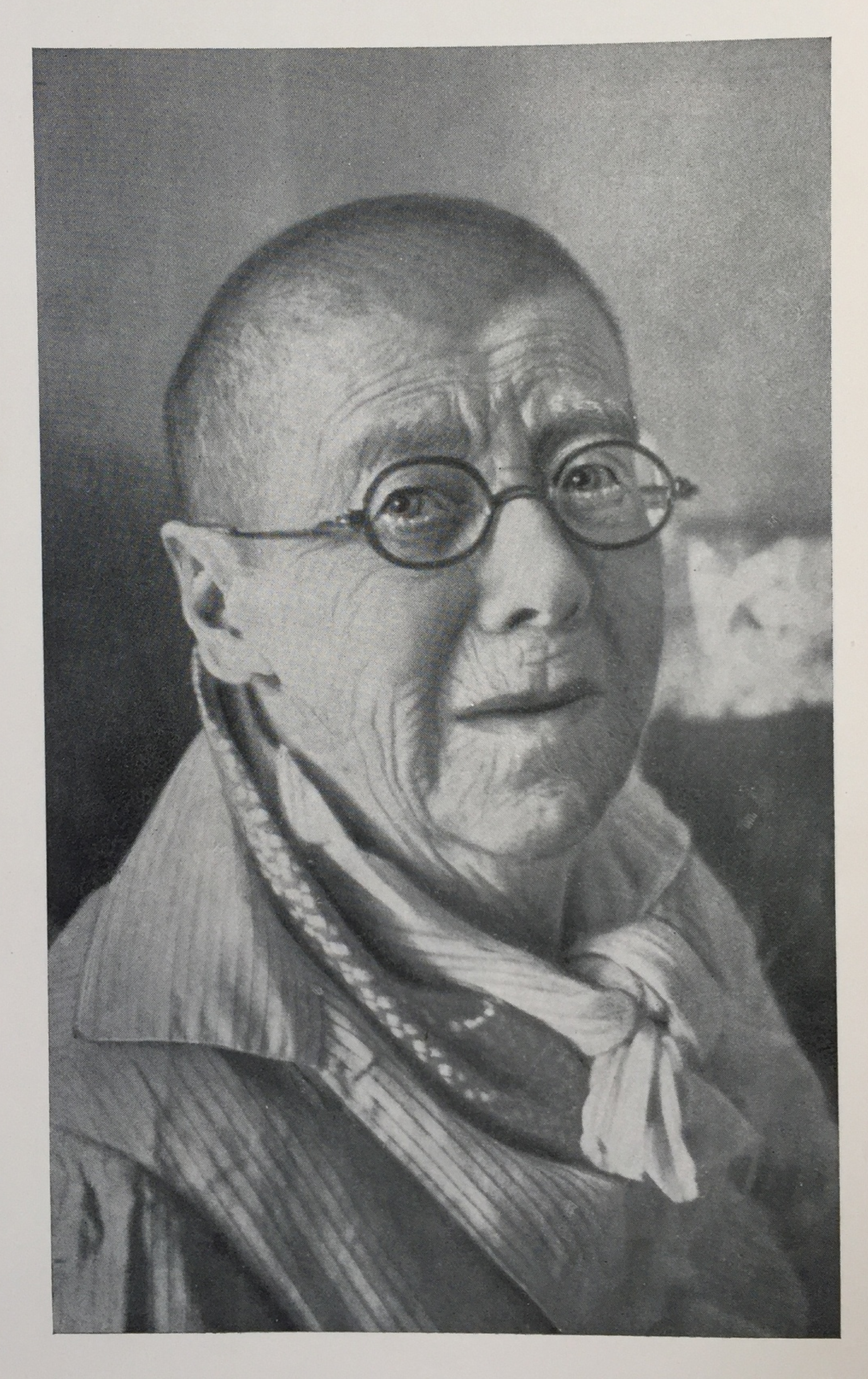


Рис. 25. Больная 53 лет страдает **бронхиальной астмой.** При осмотре лица отмечаются одутловатость, признаки физического напряжения, характеризующие затруднение выдоха. Ноздри расширены, щечные мышцы тонически сокращены. Состояние психической подавленности. Брови приподняты, глаза раскрыты, во взоре растерянность и испуг.

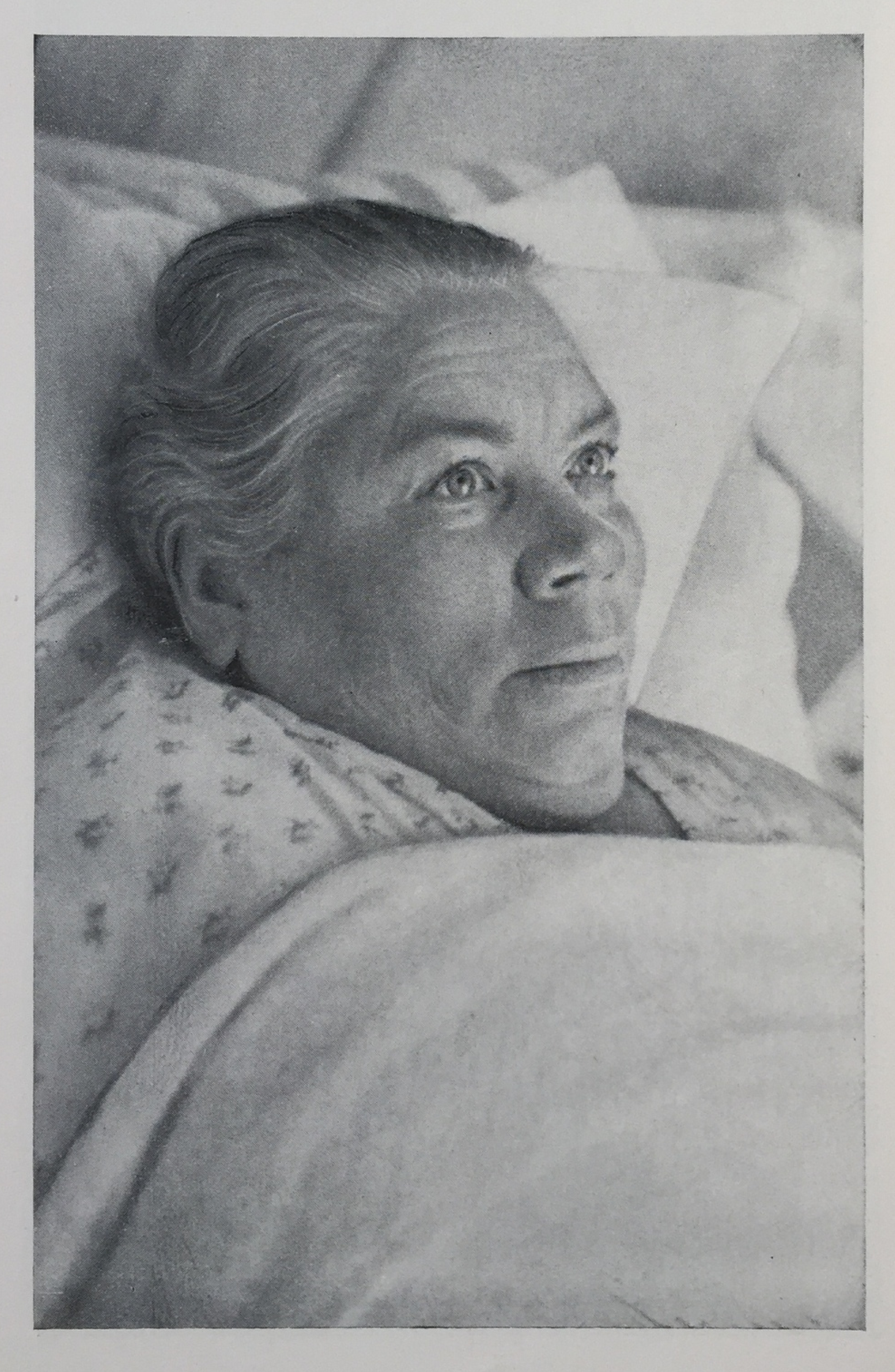


Рис. 26. Лицо больного, пораженного **раком легкого.** Сухая морщинистая кожа, складки ее резко обозначены. Лицо очень бледное. Верхние веки приподняты кверху, губы плотно сжаты, ноздри расширены — свидетельство напряжения мышц. Выражение глаз настороженное, тревожное.

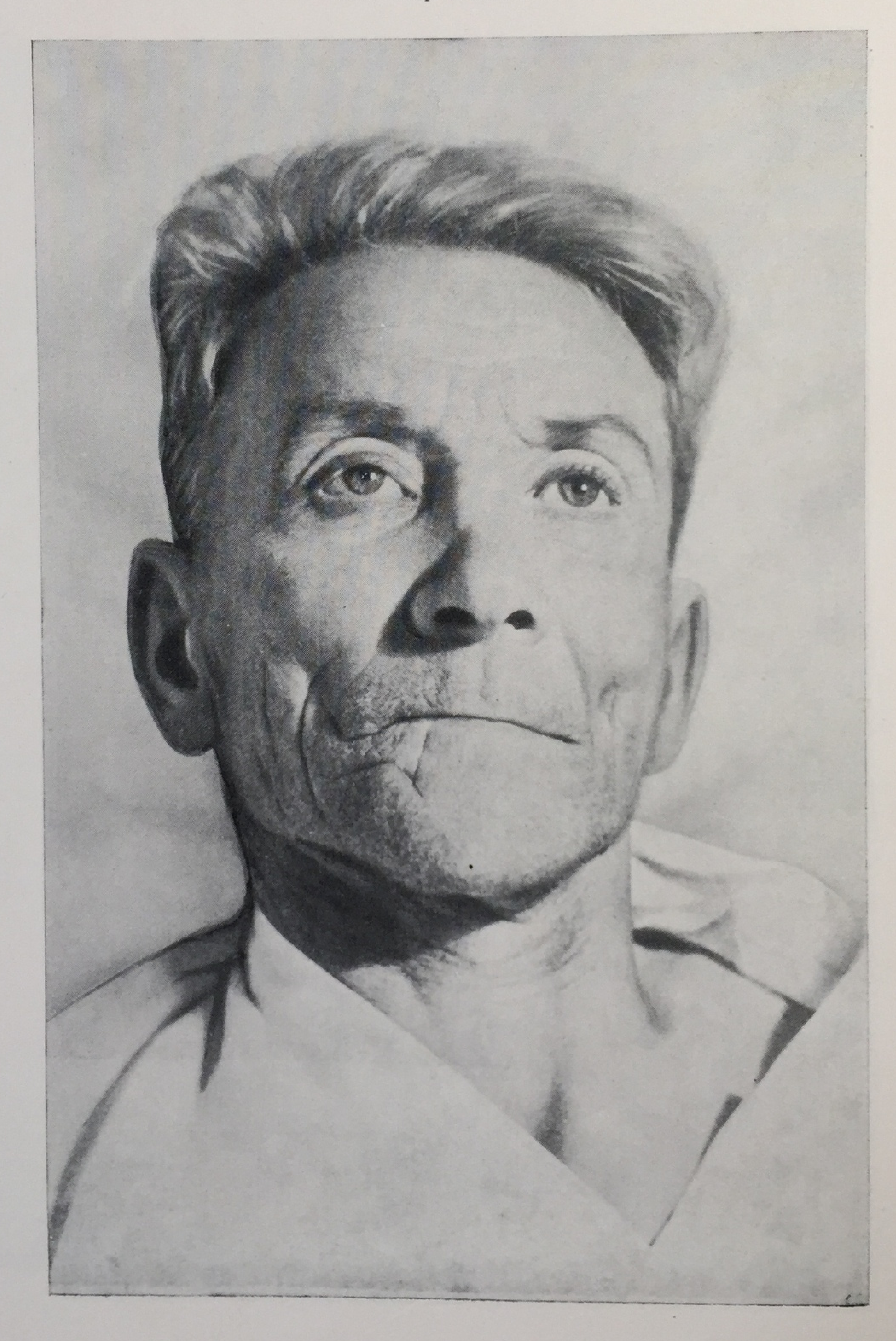


Рис. 27. У больного 45 лет **фиброзно-кавернозный туберкулез легких.** Бледное похудевшее лицо с пигментными пятнами на щеках. Ансамбль лица выражает брезгливость: сокращены мышцы, опускающие нижнюю губу и углы рта, а также подбородочный мускул. Натяжение кожи лба не вызывает поднятия бровей. Веки оказываются опущенными. Взгляд поникший.

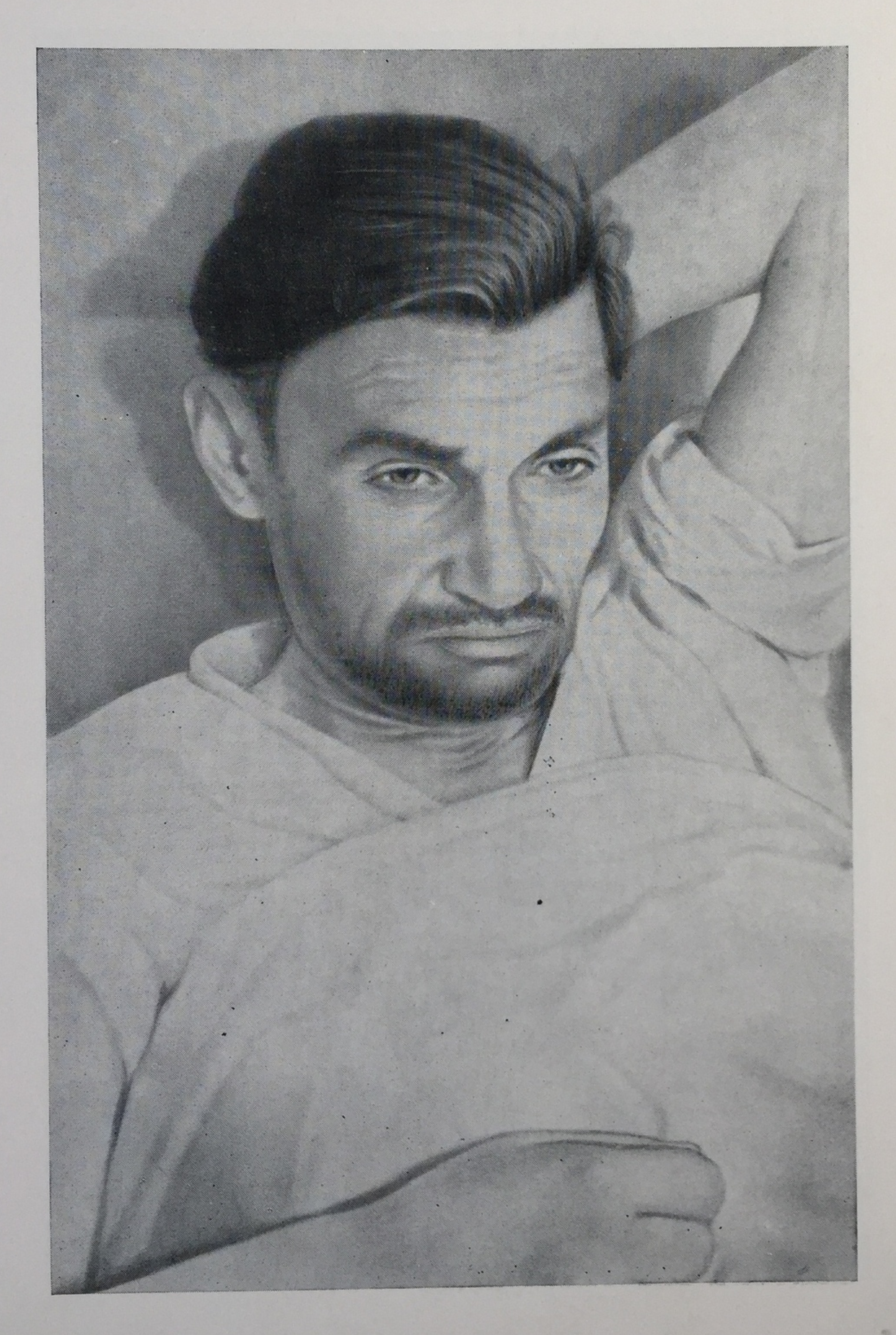
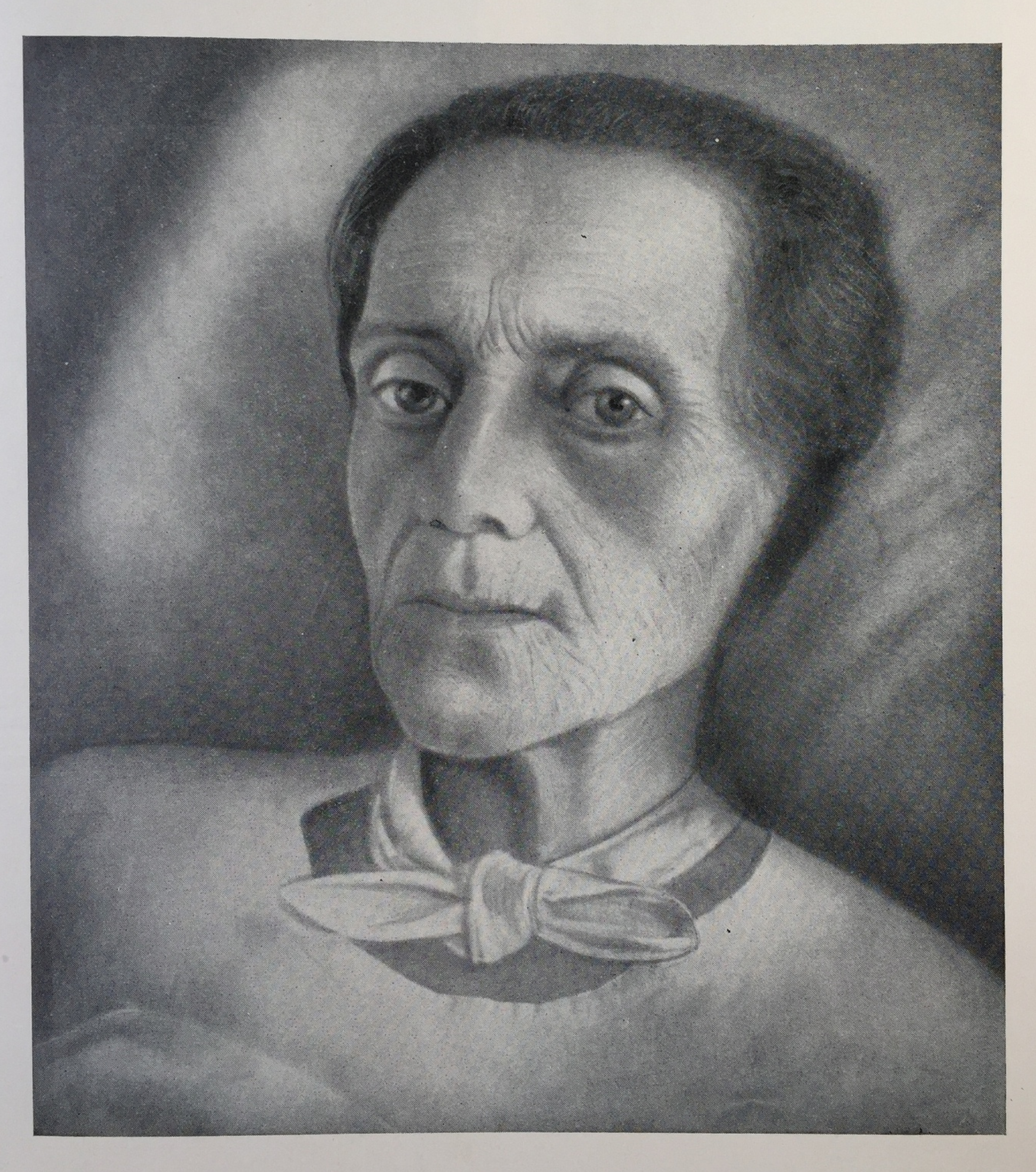


Рис. 28. Лицо больной, страдающей **раком желудка** *(по Killian)*. Явные признаки кахексии. Обострившиеся черты лица, углубленные морщины. Темная синева под глазами. У больной цианотичные губы, экзофтальм на фоне запавшей орбиты. Взгляд страдальческий.



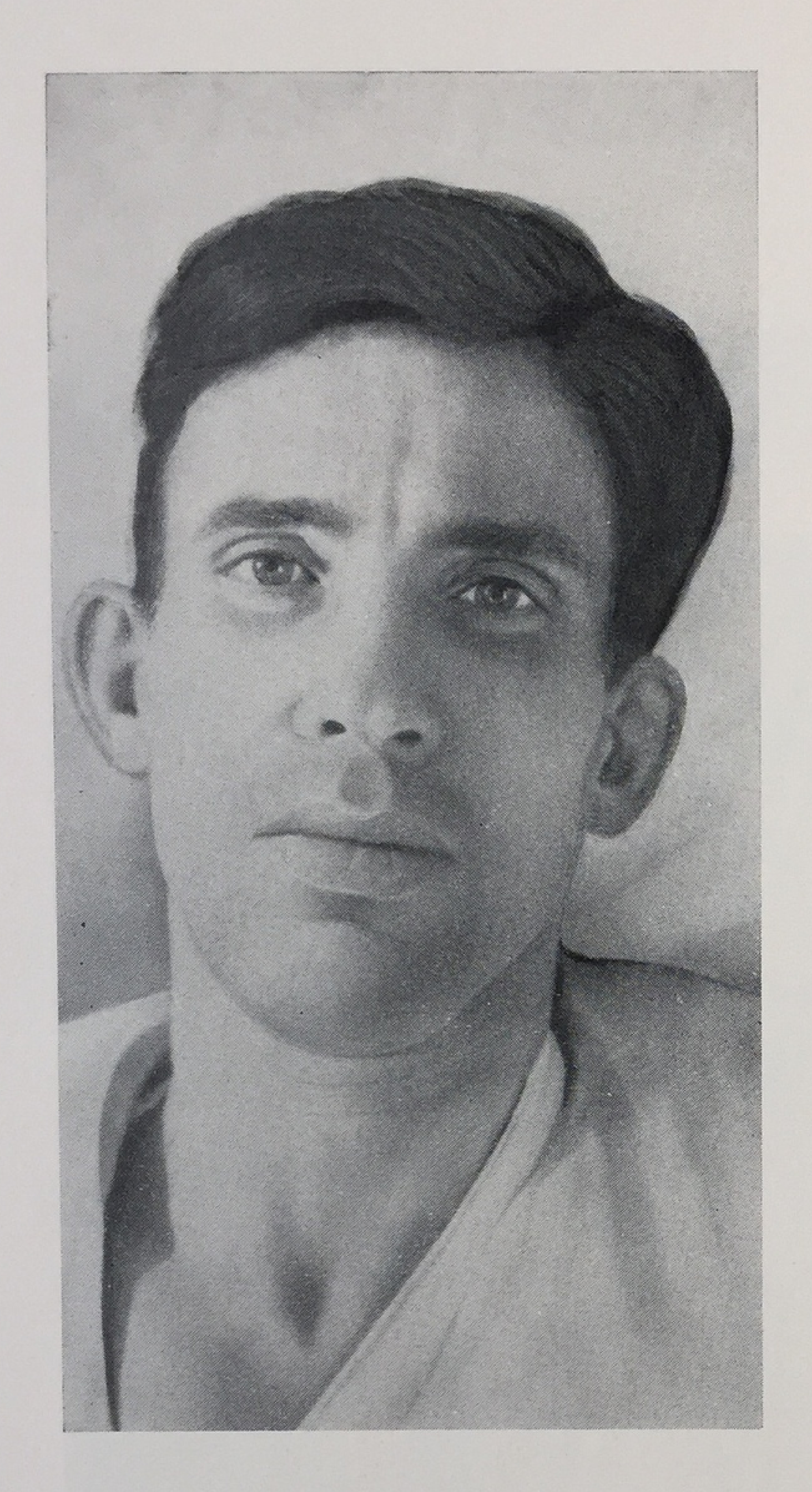


Рис. 29. **Язва желудка** у больного 34 лет. Лицевая мимическая экспрессия противоречива: мимика собранности и сопротивления не гармонирует с печальными глазами. Кожа лица и слизистые оболочки бледные, мышцы лица напряжены, особенно круговая мышца рта, создающая опору для мышц радиального направления.

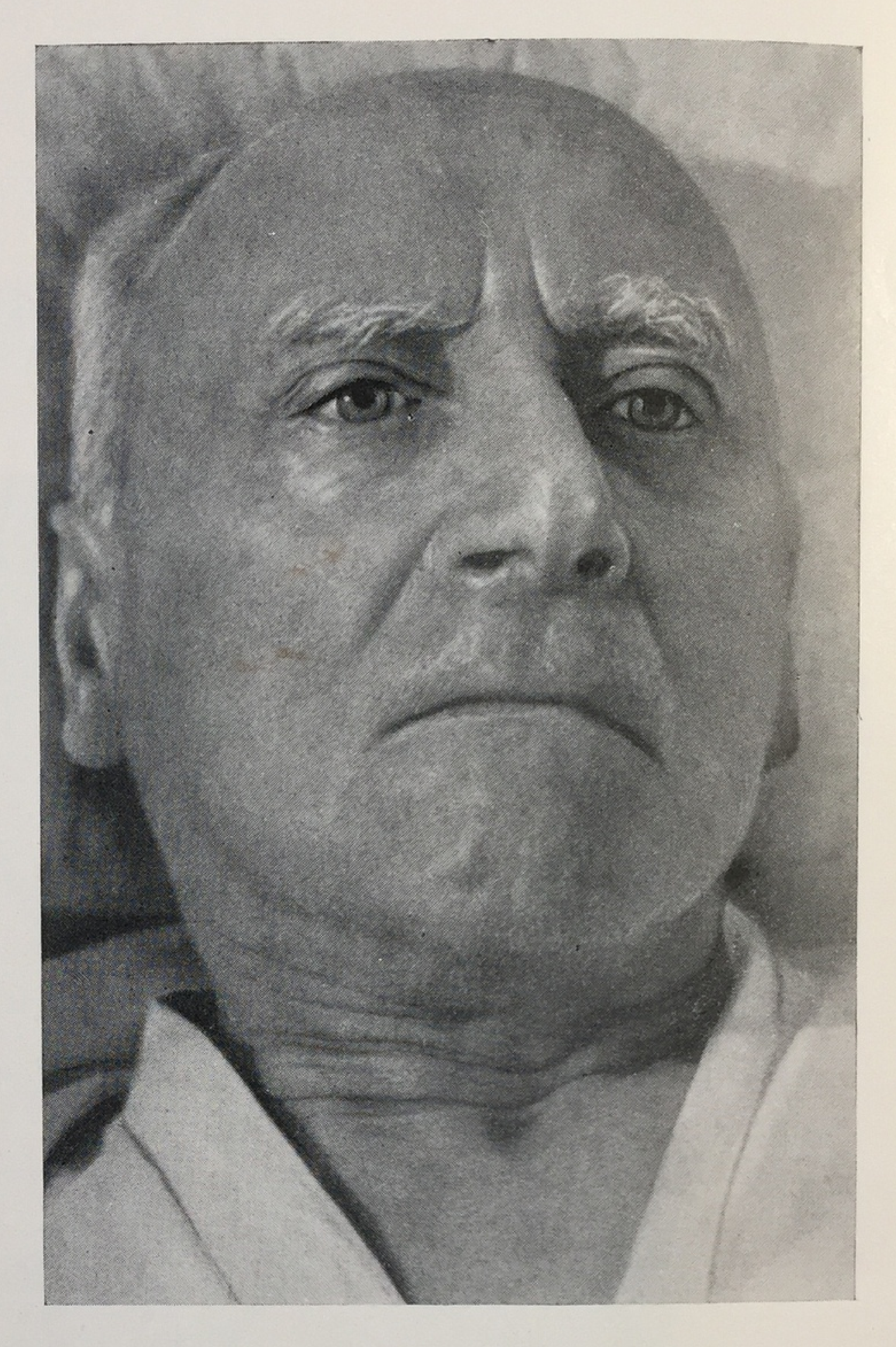
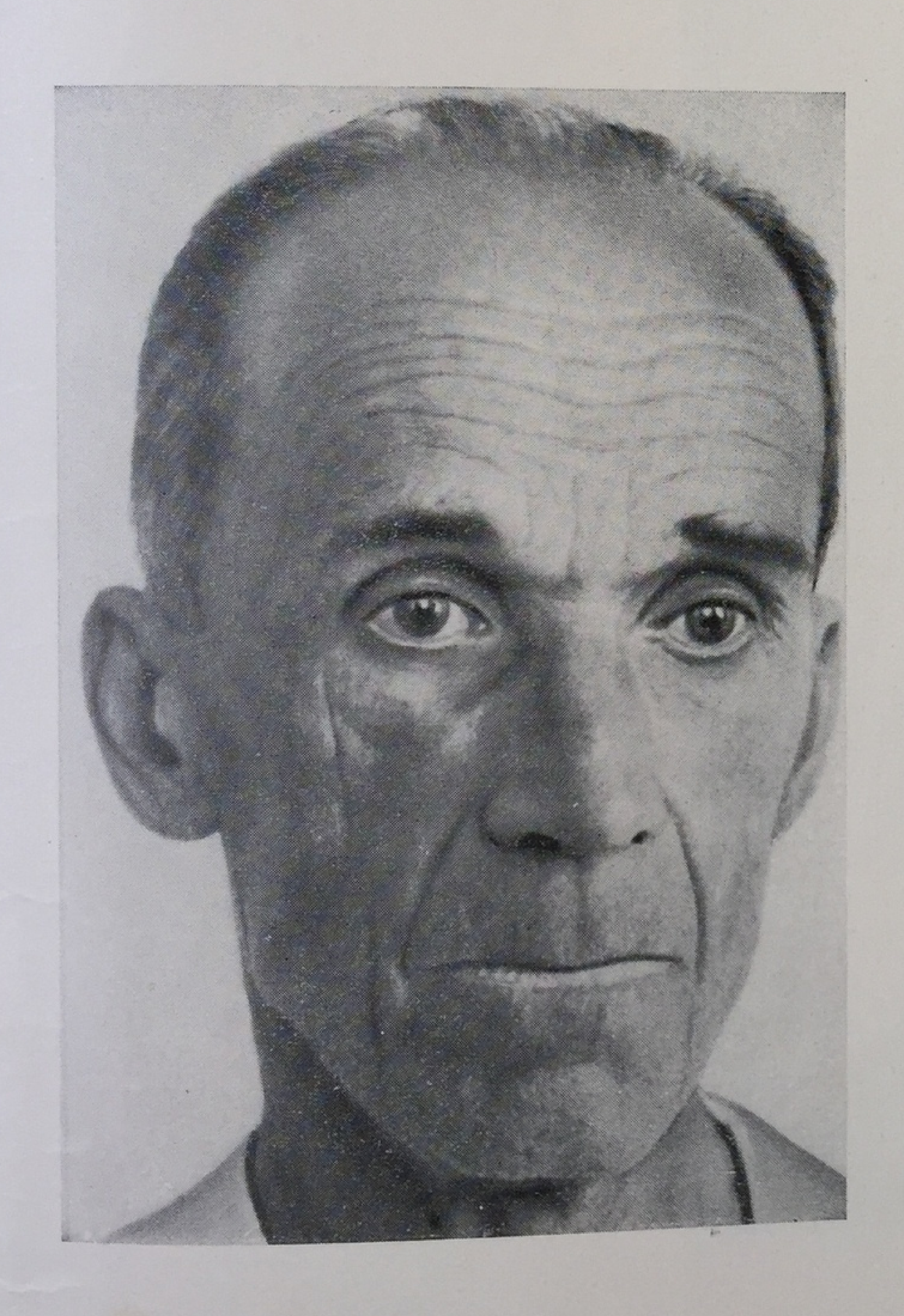


Рис. 30. Фотография больного 80 лет с **кровоточащей язвой желудка.** Типичная неконтролируемая мимика. Напряженное и испуганное выражение лица. Нахмуренные брови, слезящиеся глаза, застывший взгляд. Крылья носа оттянуты кверху. Сомкнутые губы, преобладание тонуса мышц, тянущих углы рта книзу. Цианоз.

Рис. 31. **Хронический гастрит** в стадии обострения. На лице больного 50 лет выражение тревоги, во взгляде — страдание.

Рис. 32. Лицо больного 54 лет после операции по поводу **рака кишечника.** Резкая бледность кожи и слизистых оболочек. Подчеркнутая асимметрия лица. Напряженный взор.



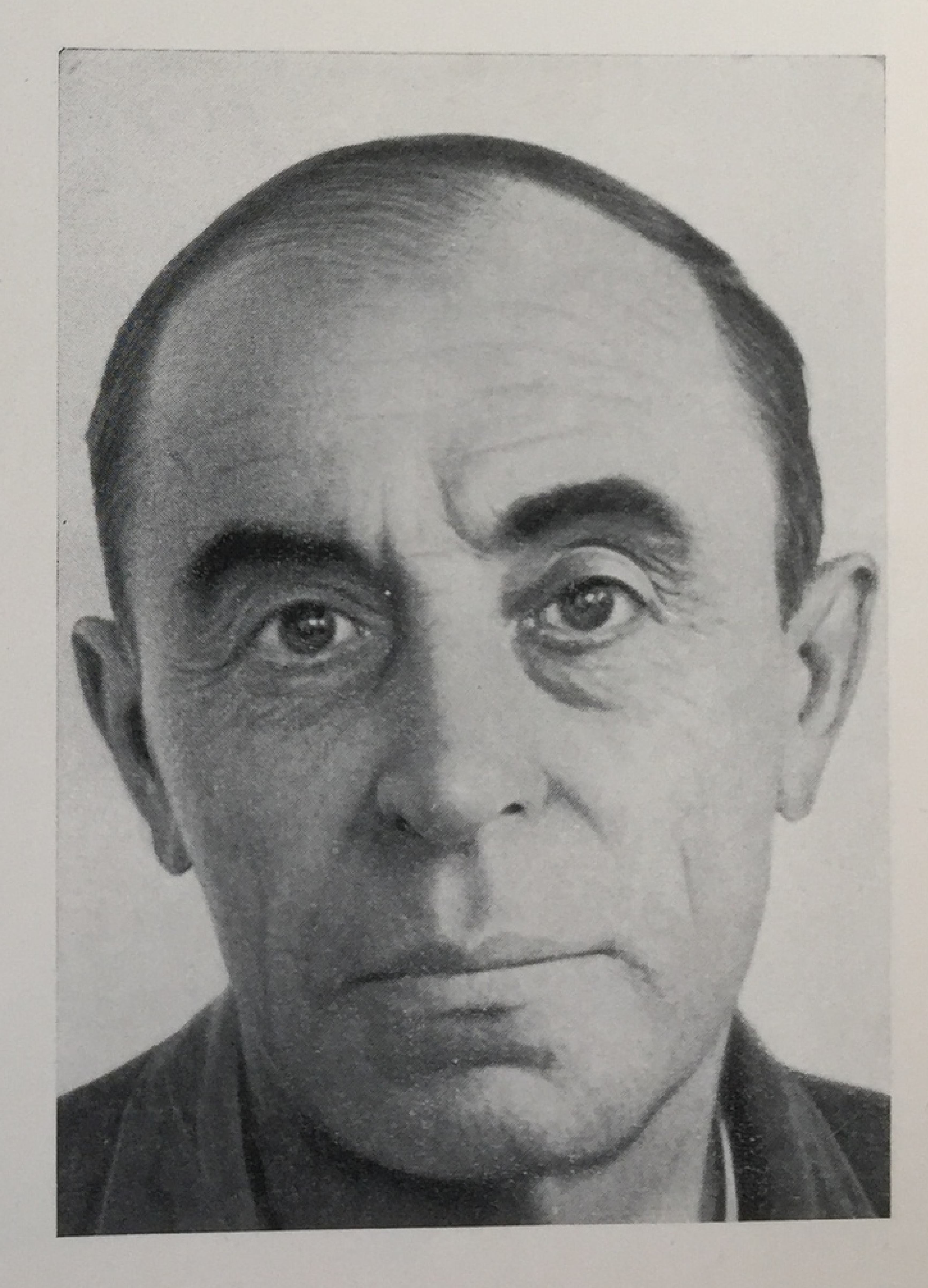


Рис. 33. **Хроническая язва желудка.** У больного на лице выражение усталости и неуверенности. Черты лица свидетельствуют о взаимосвязи физической и психической боли. Углубление межбровных складок, запавшие глаза. Серый оттенок кожи лица, синюшные губы. Резко обозначаются носо-губные складки.

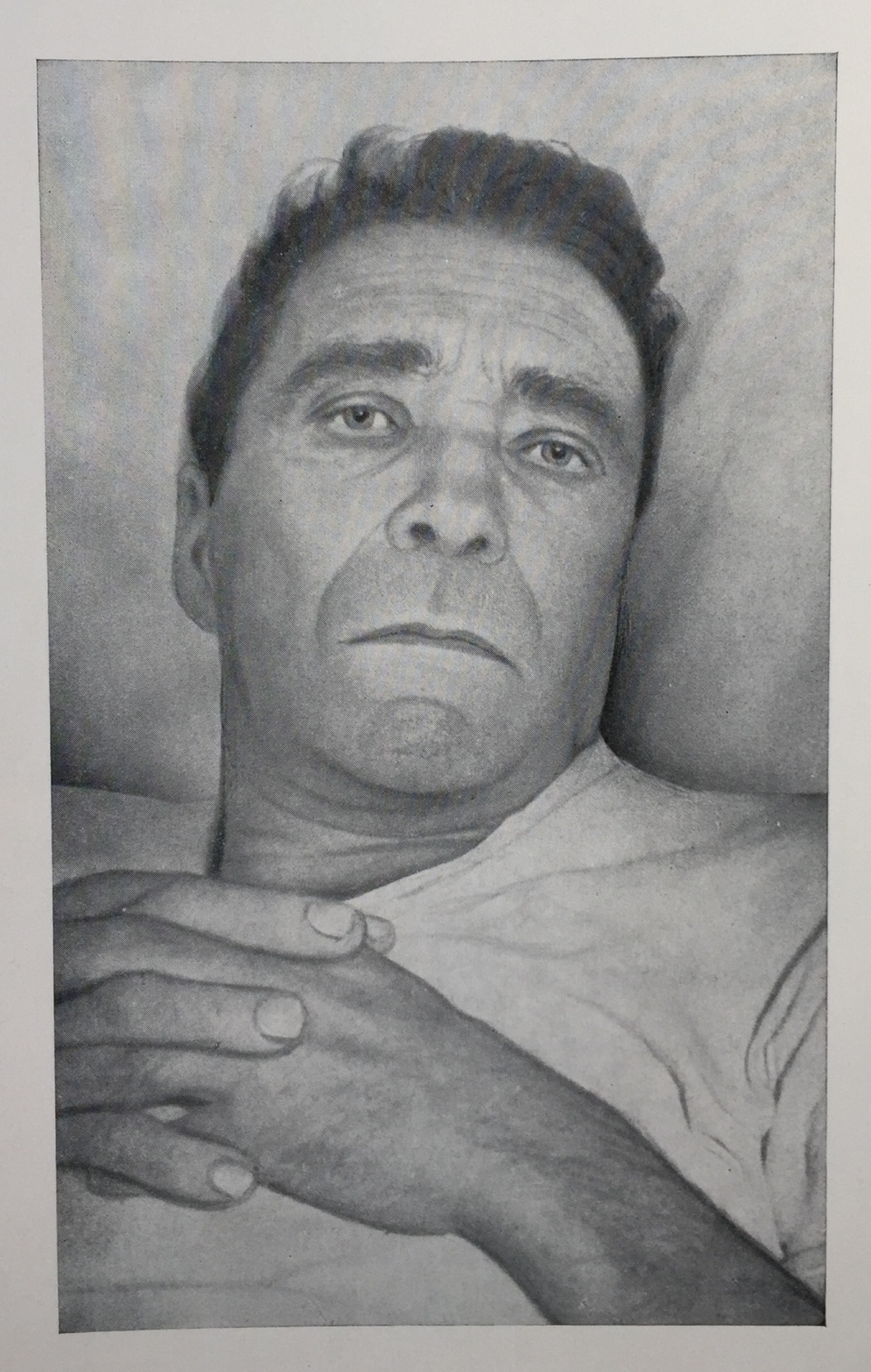


Рис. 34. Больная 54 лет с **почечным абсцессом.** Бледное адинамичное лицо. Скорбный и безвольный взгляд. Отечность подкожной клетчатки, цианоз губ.

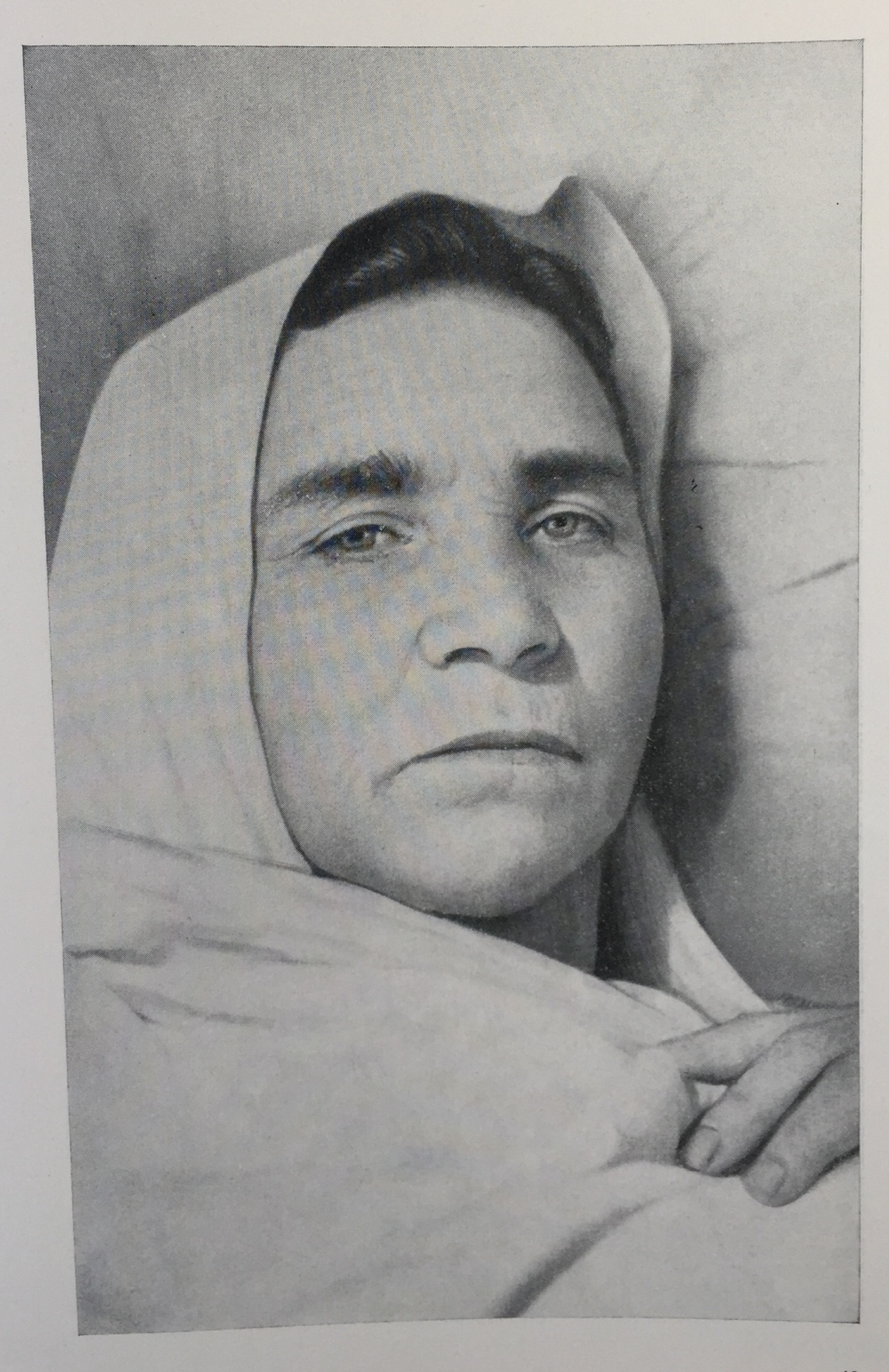


Рис. 35. Больная 25 лет перенесла **резекцию кишечника.** Выражение беспомощности и недоверия во взоре. Предельная бледность кожи лица и цианоз губ. Адинамия. Сглаженность естественных складок кожи под влиянием расслабления мышц.

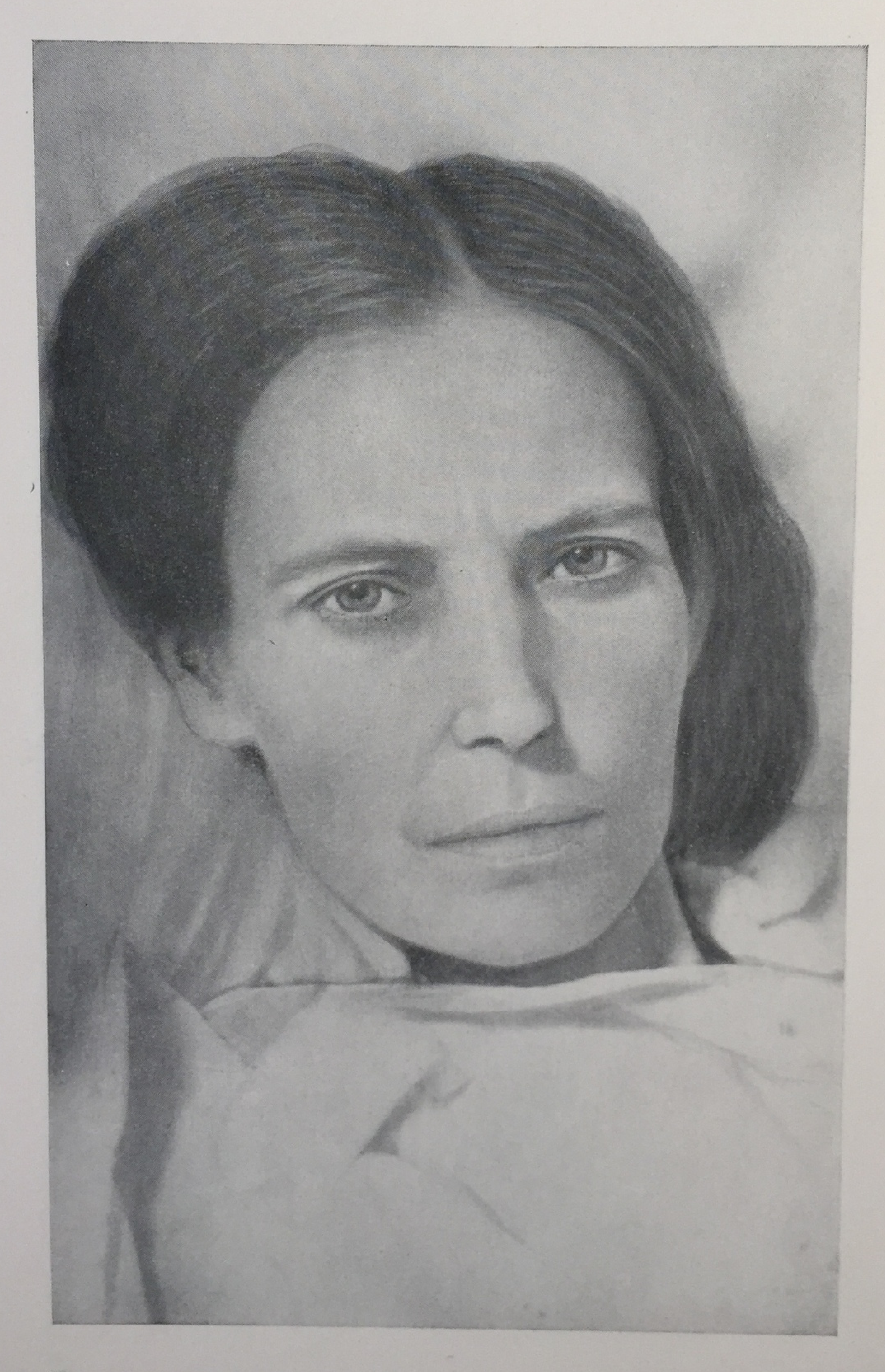


Рис. 36. Лицо больного с выражением тяжелой физической боли и крайнего истощения психических сил. У больного **абсцесс печени** после тромбоза мезентериальных сосудов на почве запущенного проктита. Резкое похудание. Заострение черт лица. Глаза запавшие, вокруг них нездоровая синева. Тонус мышц вялый. Расслаблены жевательные мышцы, что выражается, в частности, в полураскрытии рта. На лбу капли пота. Кожа лица бледная, кажется бескровной. (По Killian).

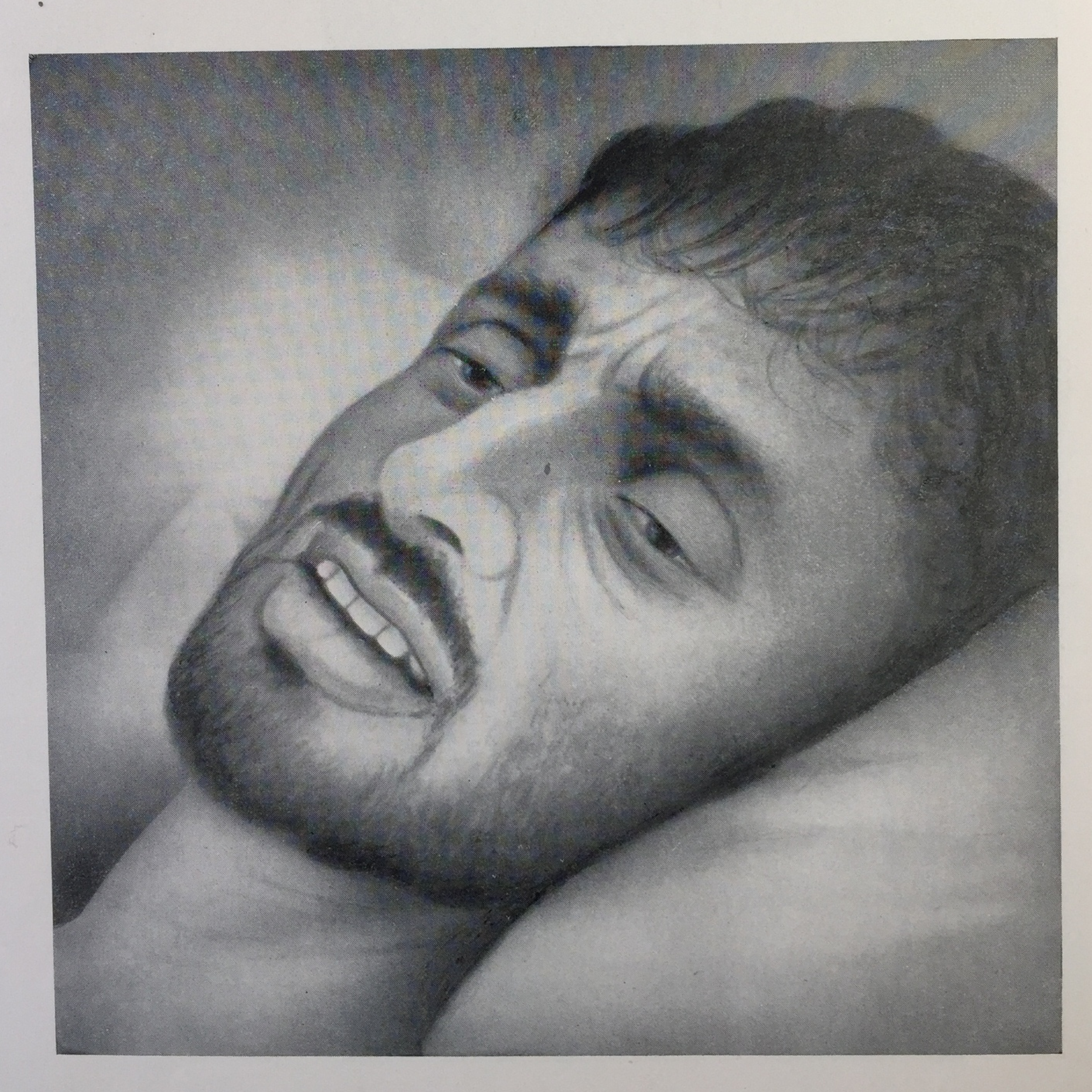


Рис. 37. **Предсмертное состояние больной 85 лет. Спаечная болезнь.** Лицо инертное, сонливое, Глаза запавшие, слезятся. Веки набухшие, поднимаются с трудом. Рот полуоткрыт. Общее расслабление мимических мышц, вызвавшее отвисание щек и опускание углов рта.

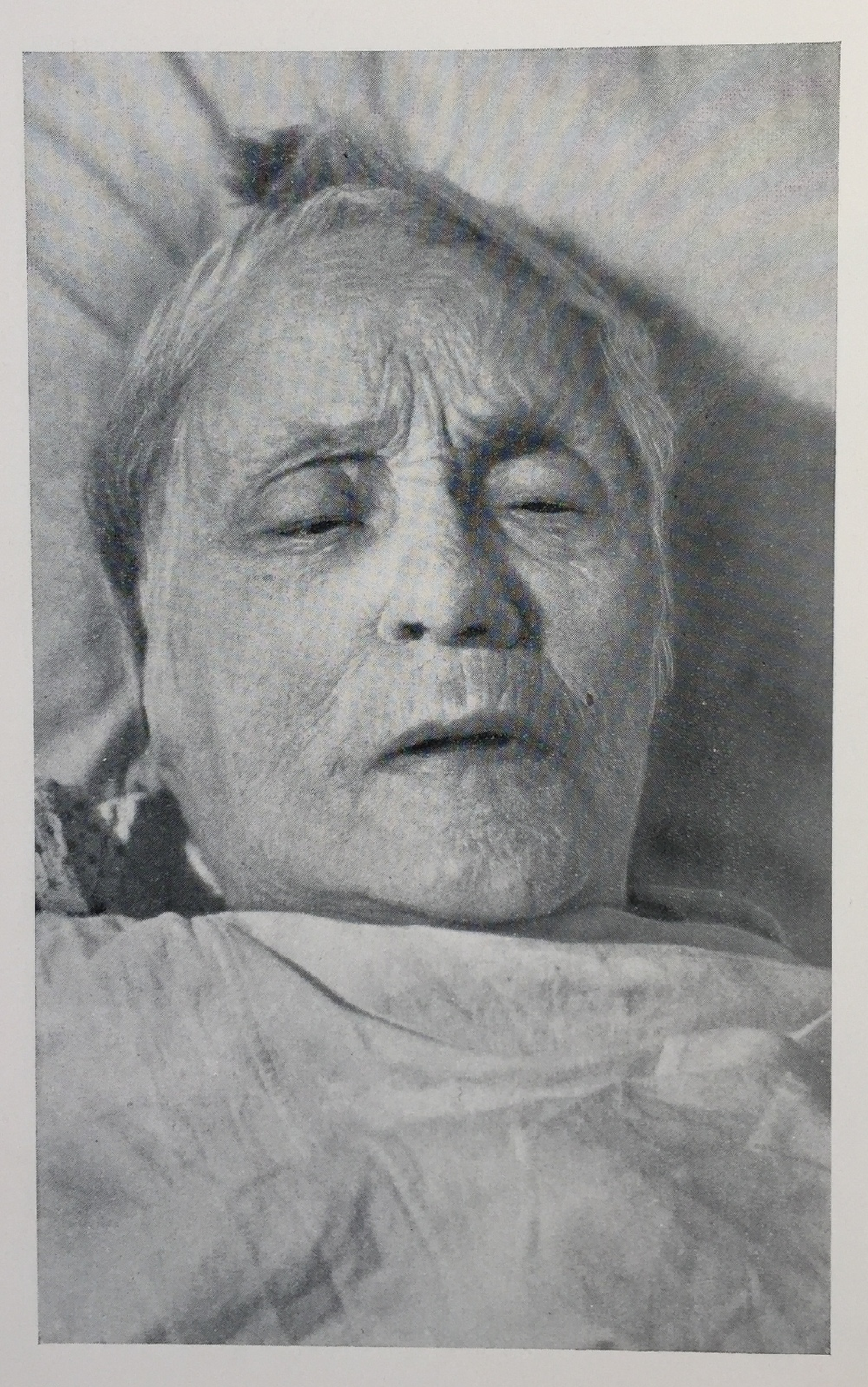


Рис. 38. Больная 40 лет госпитализирована по поводу **цирроза печени.** Лицо внешне здоровой женщины. Признаки цирроза — желтизна кожи лица и склер. Местами телеангиэктазии. Сухие потрескавшиеся губы. Небольшая пастозность лица. Гипомимия.



Рис. 39. Лицо пациента, страдающего **циррозом печени и жировой дистрофией** мозгового происхождения. Деформация лица и шеи. Ступорозное состояние. Желтизна кожи лица. Отечность. Вялость реакций, невыразительность мимики. В анамнезе алкоголизм.

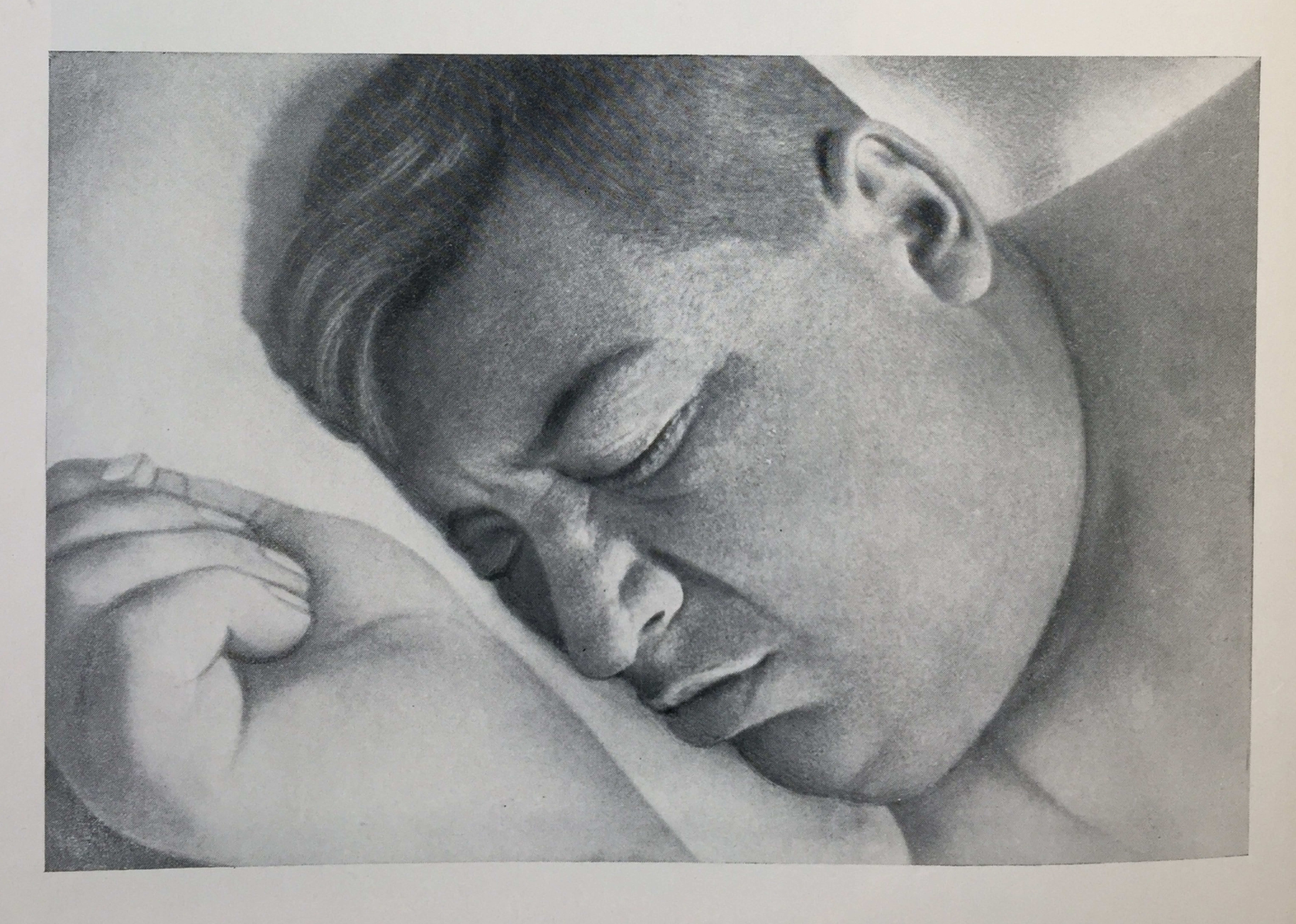


Рис. 40. Лицо больного **лимфогранулематозом.** Увеличенные околоушные, зачелюстные и шейные лимфатические узлы. Лицо квадратное. Больной не сознает тяжести болезни. Мимика самодовольства искусственная *(по Heglins).*

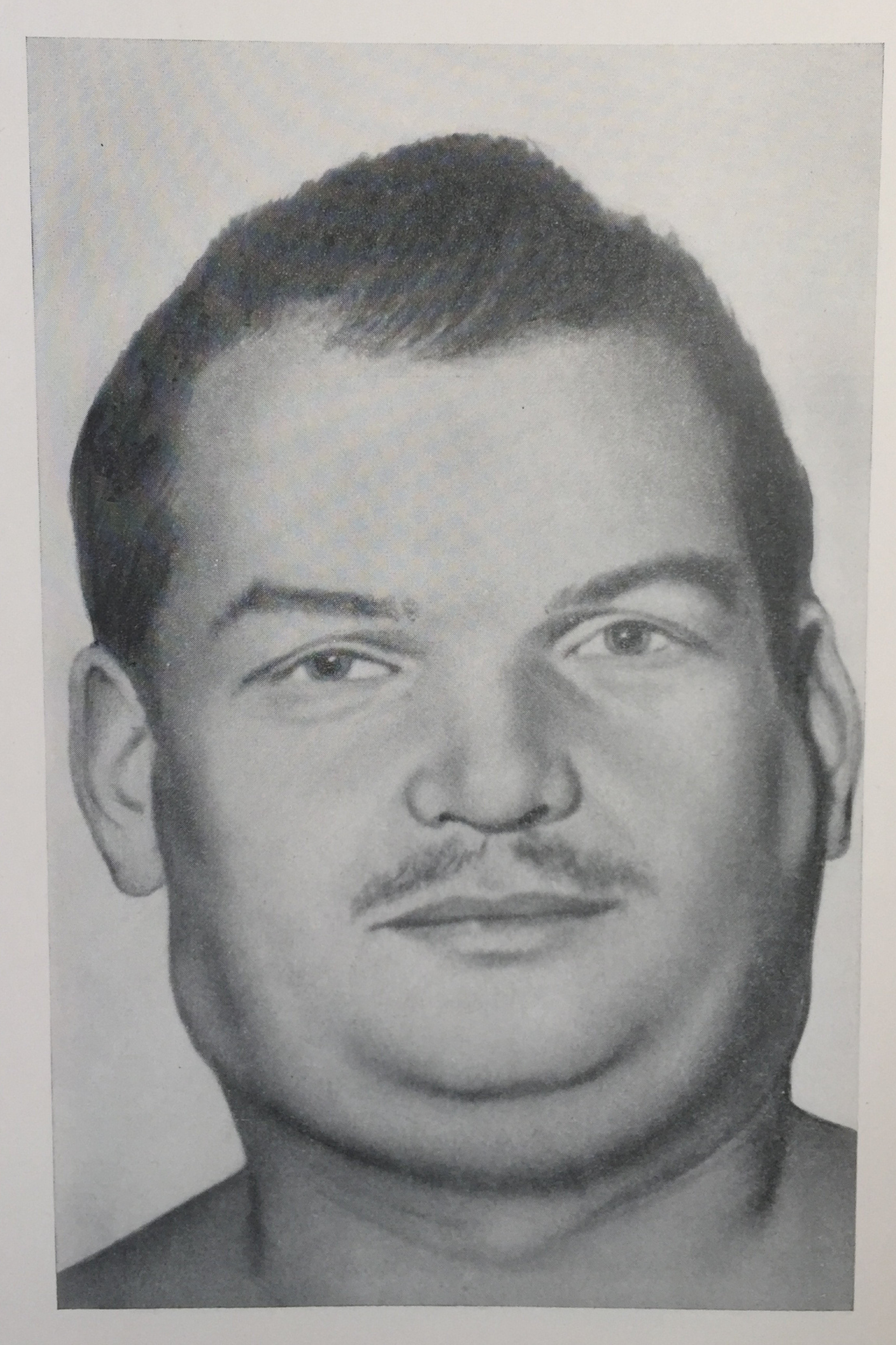


Рис. 41. Больная 35 лет страдает **лимфогранулематозом.** Отечное лицо. На губах язвы. Глазные щели сужены, веки набухшие, носо-щечные углубления сглажены. Шея кажется укороченной. Форма лица приближается к шестиугольнику.



Рис. 42. Еще один пример **лимфогранулематоза.** Возраст больной 52 года. Заметное увеличение ширины лица, вследствие увеличения зачелюстных лимфатических узлов. Преждевременное постарение лица. Одутловатость. На коже щек выступает сосудистый рисунок. Темная пигментация вокруг глаз.



Рис. 43. **Болезнь спру.** Лицо больного 24 лет. Дистрофия. Бледная с восковым оттенком кожа. Гиподинамичная мимика. Выражение глаз безучастное.

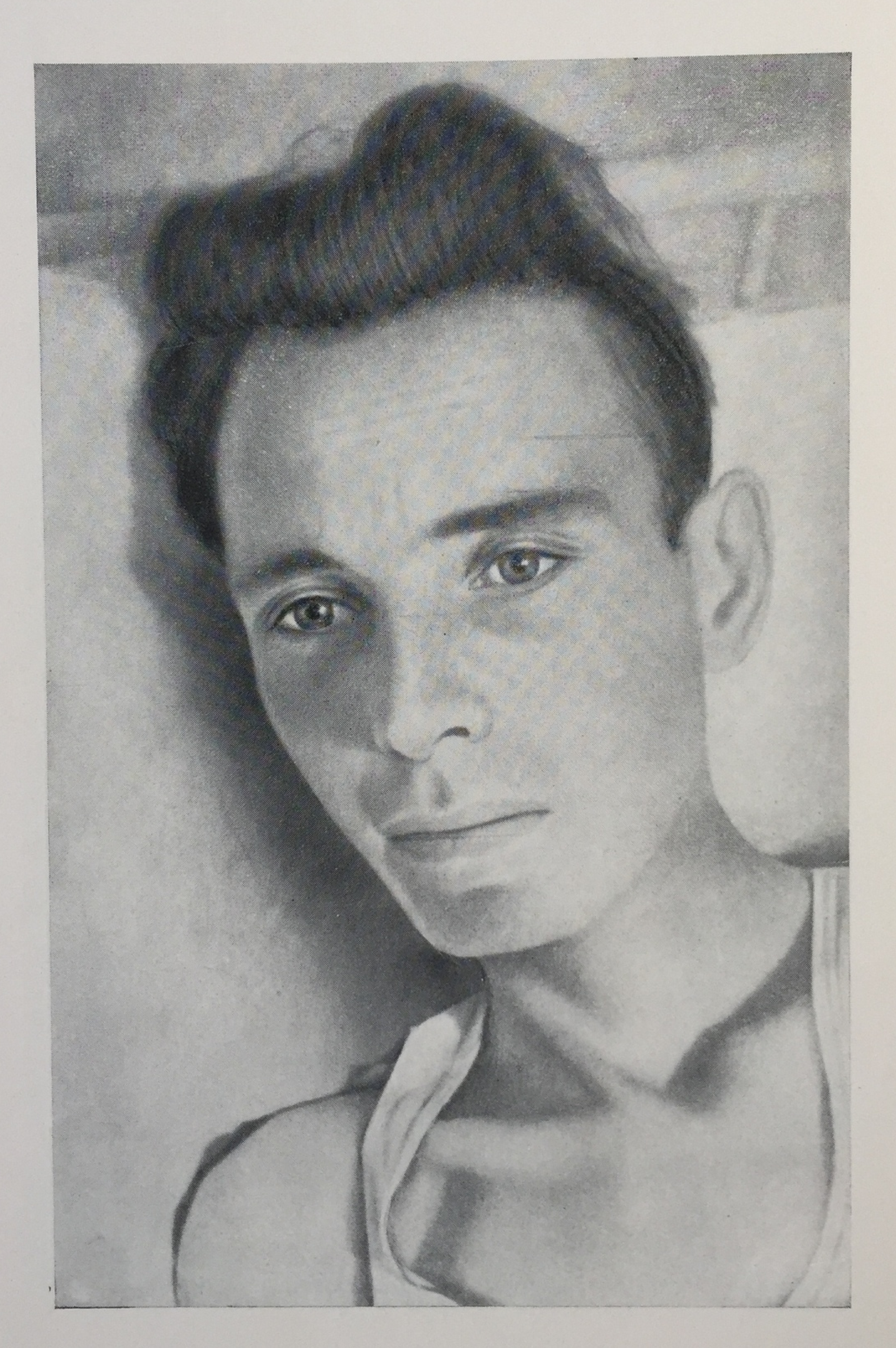


Рис. 44. Фотография пациента 64 лет. **Заболевание костного мозга** *(миеломная болезнь)*. Бледность кожи лица достигает предельной степени. Искусственная улыбка не может скрыть настороженности во взоре. Мимический ансамбль по окружности рта мобилизован. Носо-губные складки углублены, скуловые дуги замаскированы натяжением мышц, поднимающих углы рта

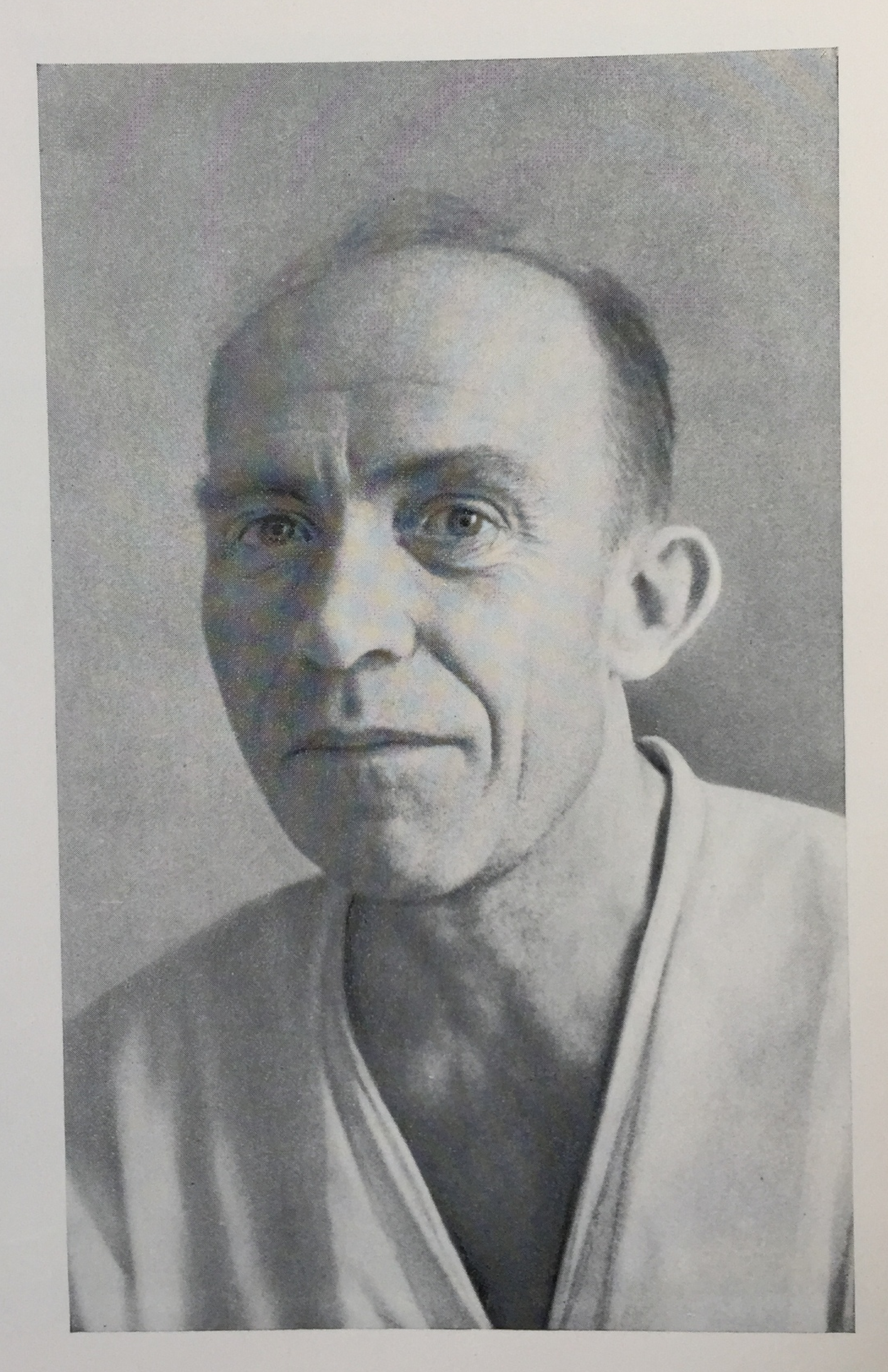


Рис. 45. Лицо старой женщины в состоянии **диабетической комы** *(По Killian)*. Больная без сознания. Застывшая гримаса болезненного состояния. Плотно сжатые губы. Сокращение круговой мышцы рта вызвало вертикальные складки кожи губ. Спазм лобных мышц.

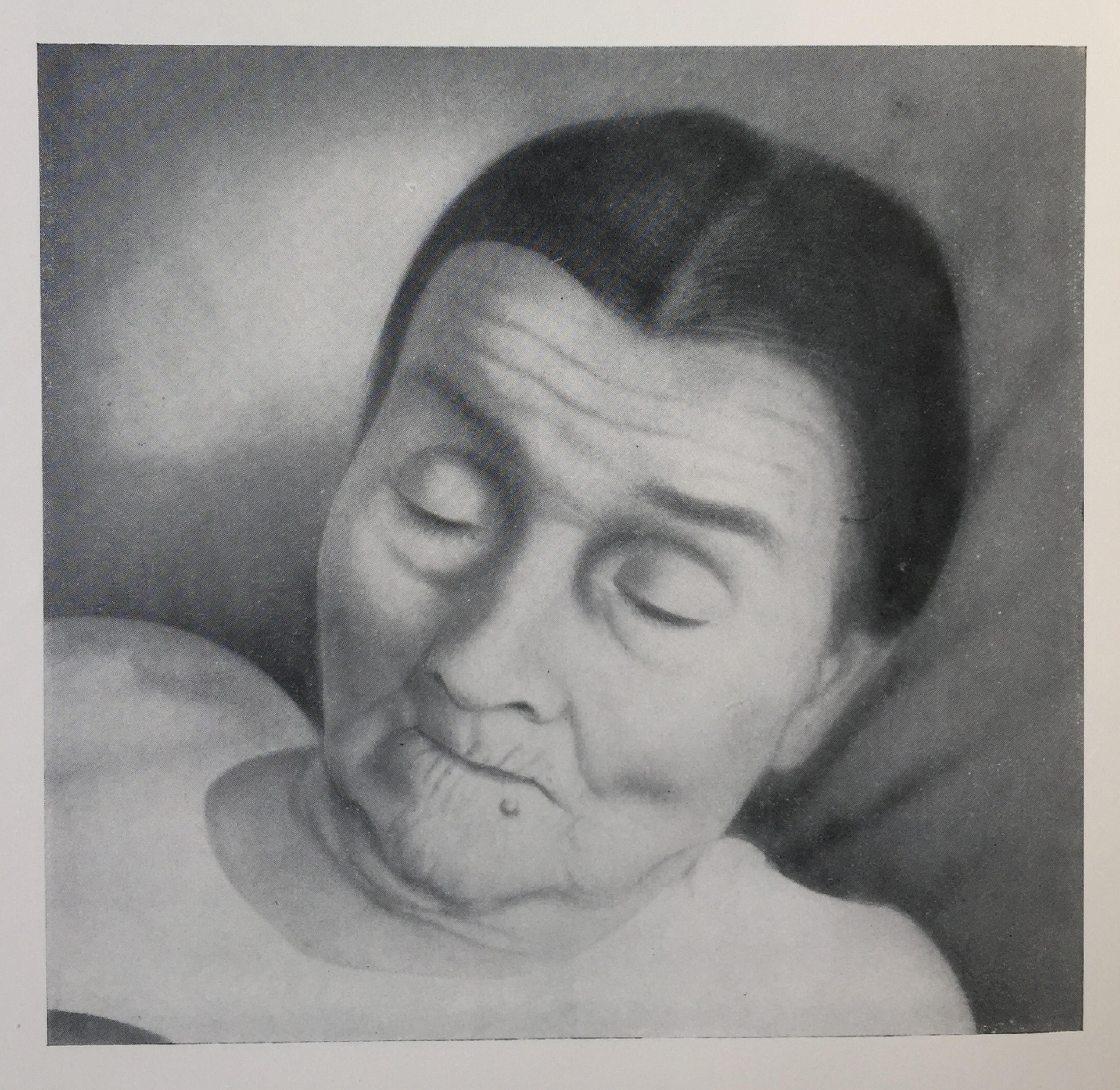


Рис. 46. Лицо больной после **отравления пахикарпином,** примененным в токсической дозе. Сознание спутанное. Апатия. Амимия. Цианотичный оттенок кожи лица. Хоботковый рефлекс.

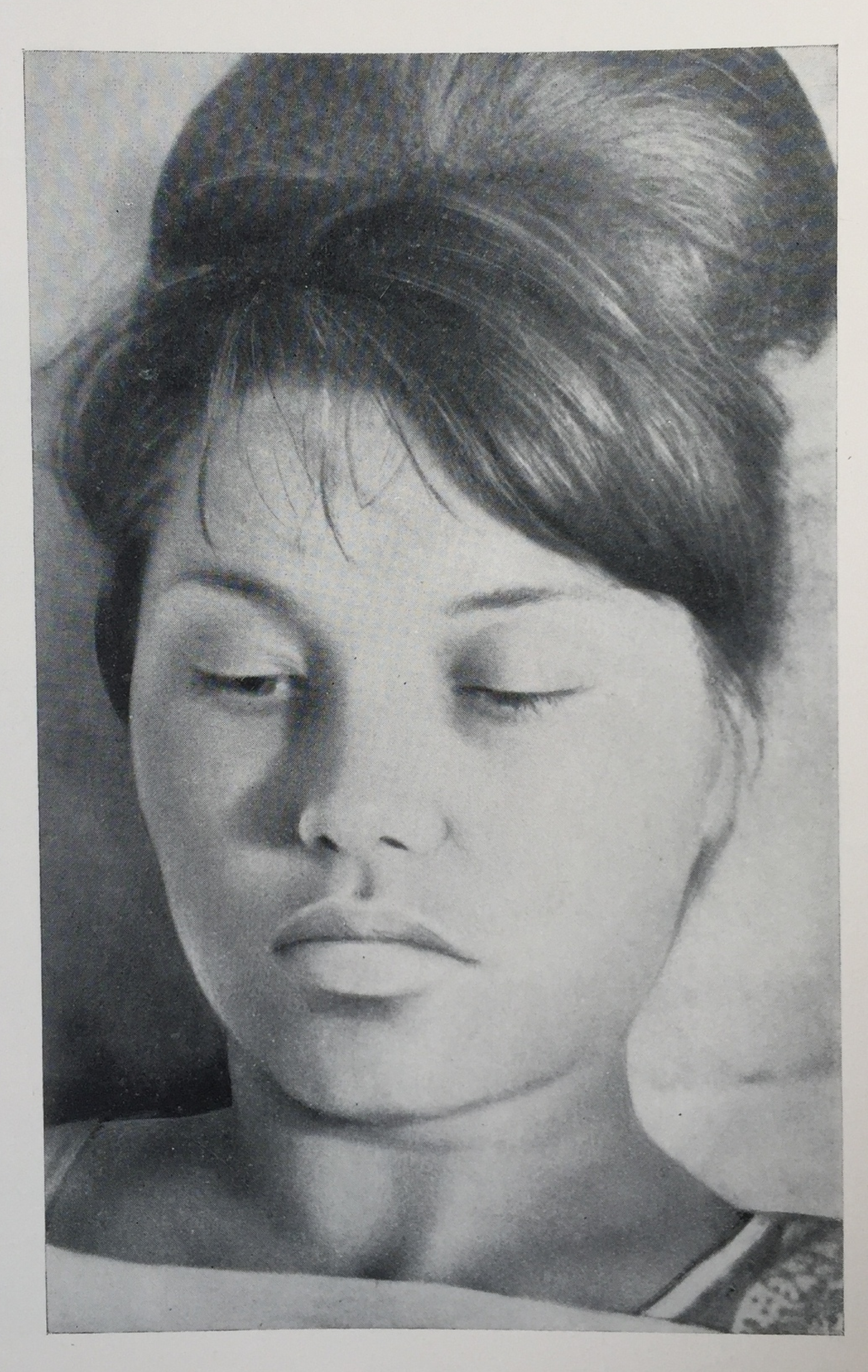


Рис. 47. Лицо тяжело больной девушки 20 лет. **Саркома бедра с метастазами** *(по Kilian)*. Заострившиеся черты лица. Чрезвычайная бледность с оттенком синюшности. Расширенные ноздри. Опущенные веки. Взгляд потухший, выражение обреченности. Парадоксальная фаза болевой реакции.

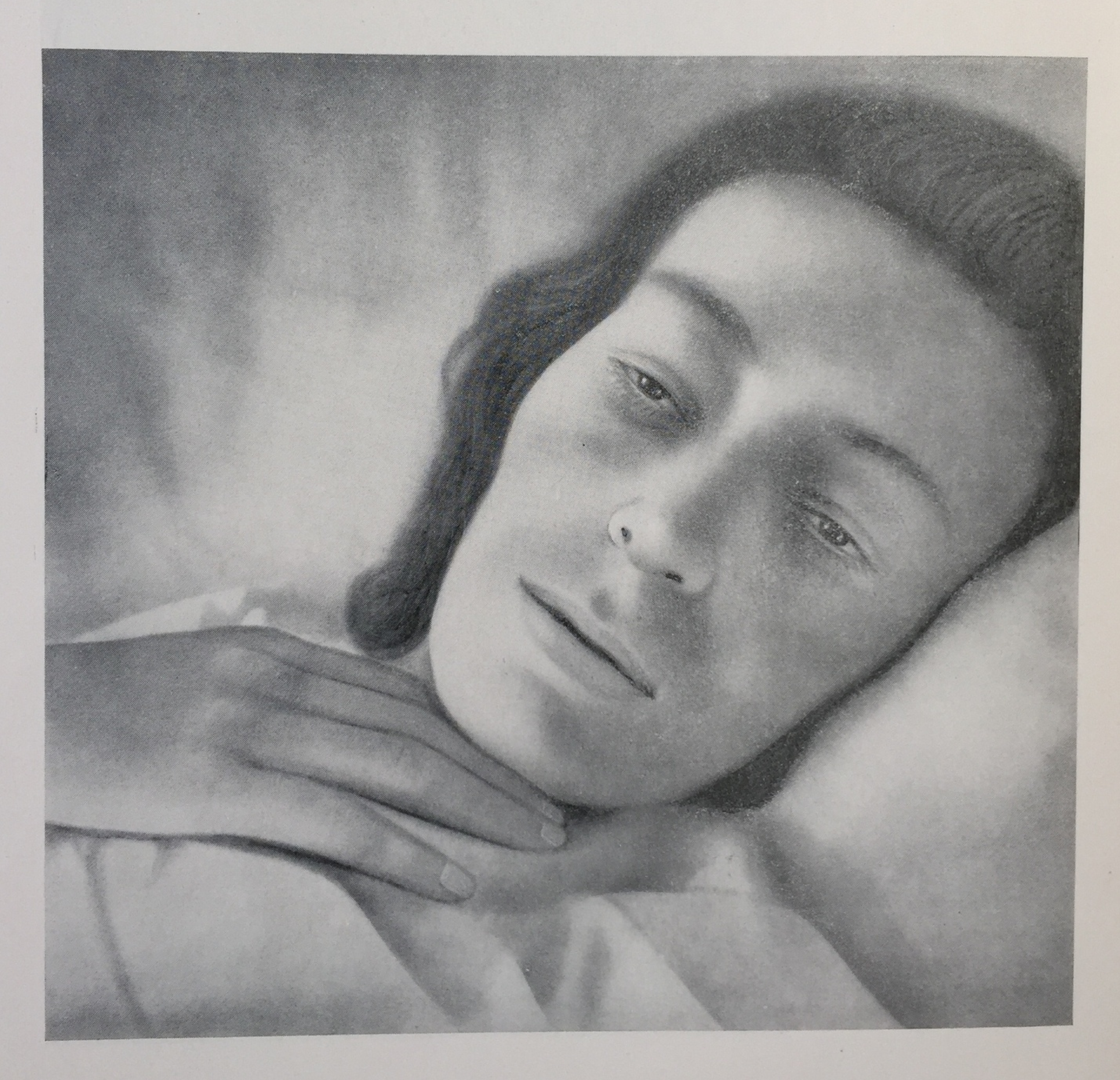


Рис. 48. Больная 60 лет, страдающая **старческой гангреной нижних конечностей.** Левая нога ампутирована, гангрена правой ноги прогрессирует. Мимика тяжелой физической боли в сочетании с психической травмой. Страдальческое выражение лица. Глаза закрыты, нижняя губа отвисает, углы рта опущены.

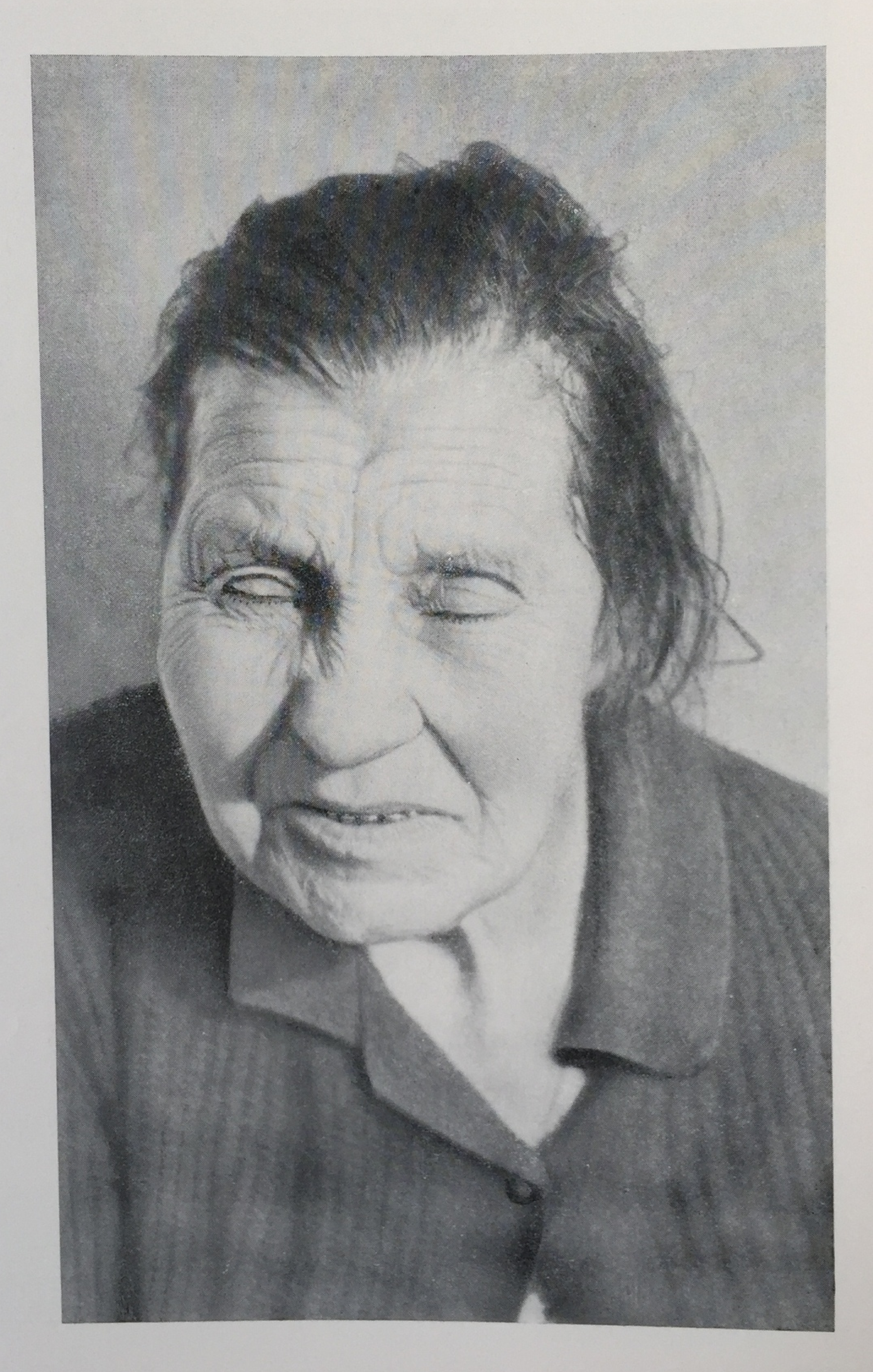


Рис. 49. Больной 44 лет с **проникающим ранением грудной клетки.** Бледность кожных покровов. Мимика сдерживаемой боли: стиснуты челюсти, напряжение мимической мускулатуры, бездумный сосредоточенный взгляд.



Рис. 50. Лицо больного **холерой.** Четвертый день болезни. На лице «блаженство» страдания, форма лица заостренная книзу, резко выступают скуловые дуги. Носо-губные складки выразительно обозначены, щеки запали. Спинка носа выступает, ноздри широко раскрыты. Глаза углублены в орбитах, вокруг них темные круги, зрачки «закатываются» кверху. Конъюнктива глаз бледная, но глаза блестят. Цвет кожи мертвенно бледный, вокруг рта синеватый бордюр. Цианотичные губы.

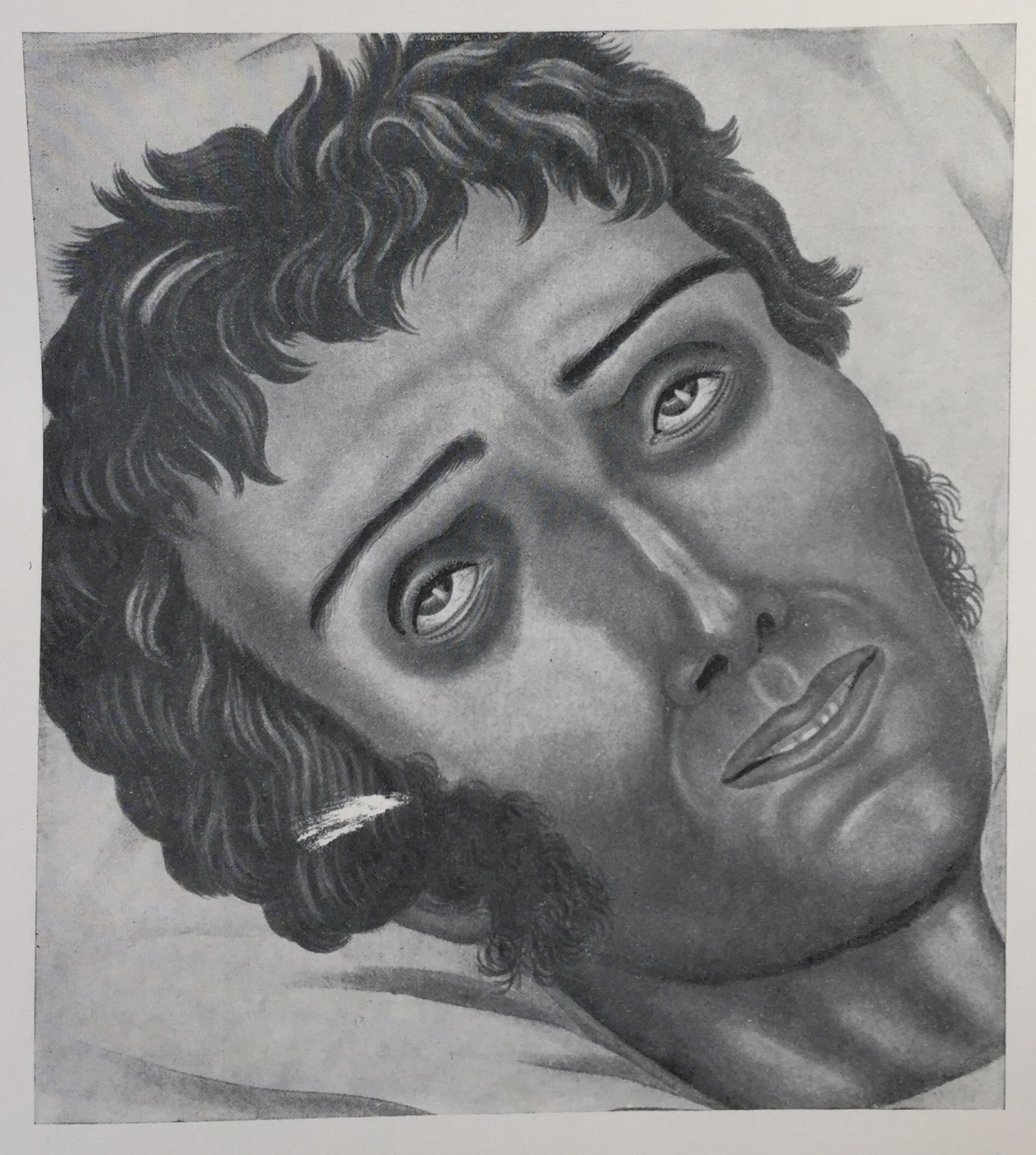


Рис. 51. Лицо женщины, страдающей **нефропатией беременных** (по Netter). Отечность всего лица. Одутловатость, сужение глазных щелей. Мимика неадэкватная, вялая.



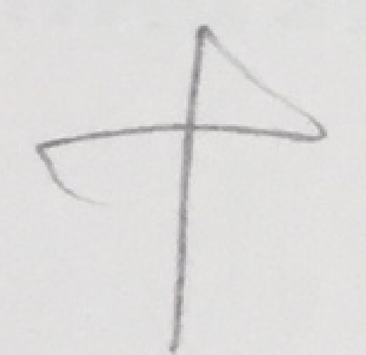


Рис. 52. Вид лица и поза беременной женщины в **период приступа эклампсии.** Типичная картина судорог жевательных, глазных и мимических мышц. Расширение зрачков. Язык прикушен. (по Netter).

ЛИЦО ПРИ НЕКОТОРЫХ НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

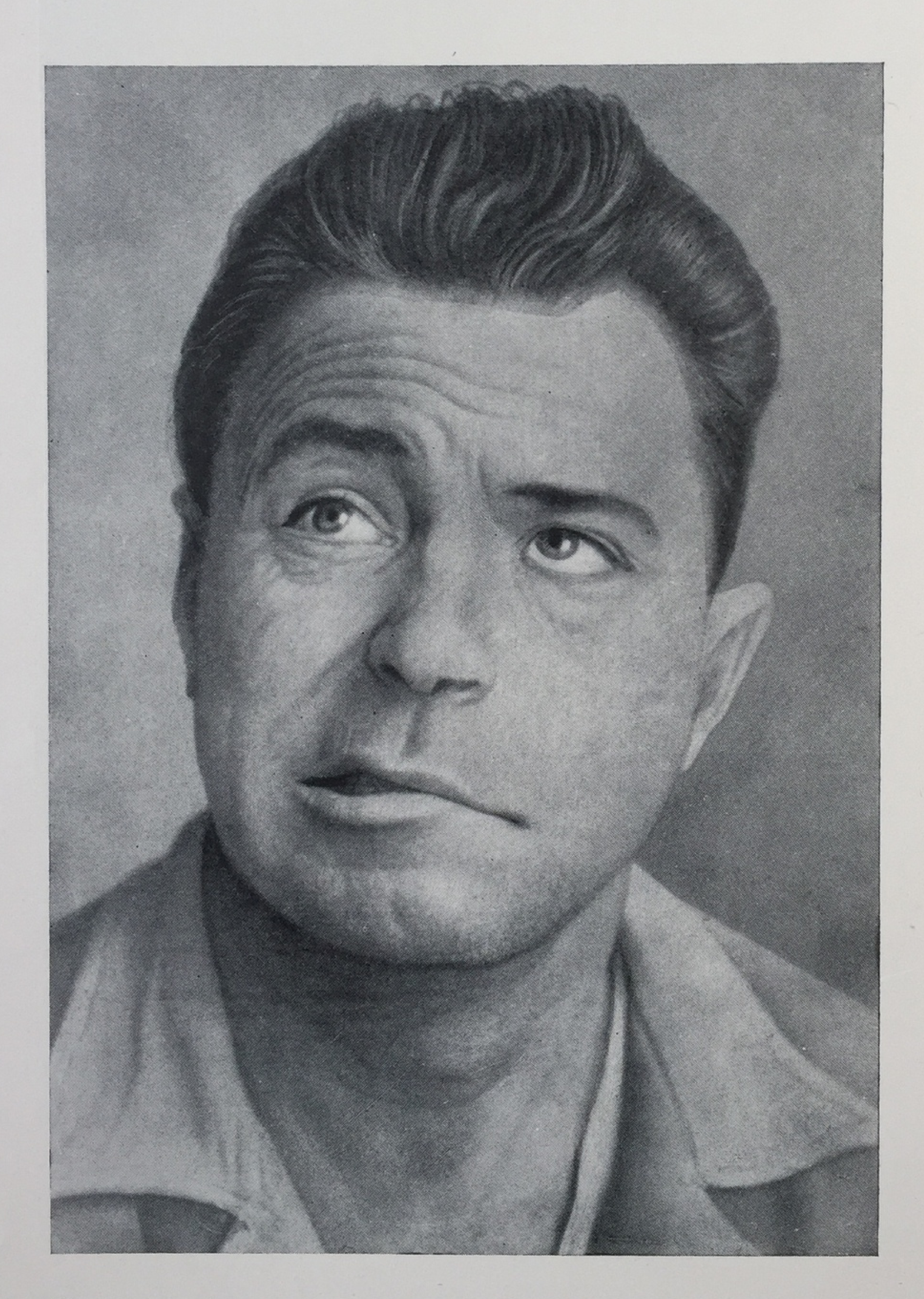


Рис. 53. **Периферический парез лицевого нерва.** Картина, характерная для выключения мимических мышц левой половины лица. Адинамия слева, некомпенсированность тонуса мышц правой стороны лица. Смещение ротовой щели и крыла носа.



Рис. 54. **Периферический парез левого лицевого нерва у женщины** 70 лет. Асимметрия лица. Сглаженность складок кожи на лице справа. Мимические мышцы левой стороны лица напряжены. Искаженная мимика.

Рис. 55. Больная 47 лет. Диагноз: **неврома левого преддверно-улиткового нерва и неврит левого лицевого нерва.** Больная как бы прислушивается к звукам, идущим справа. Асимметрия глаз. Правая носо-губная складка сглажена, левая сдвинута, ротовая щель перекошена. Гримаса боли.

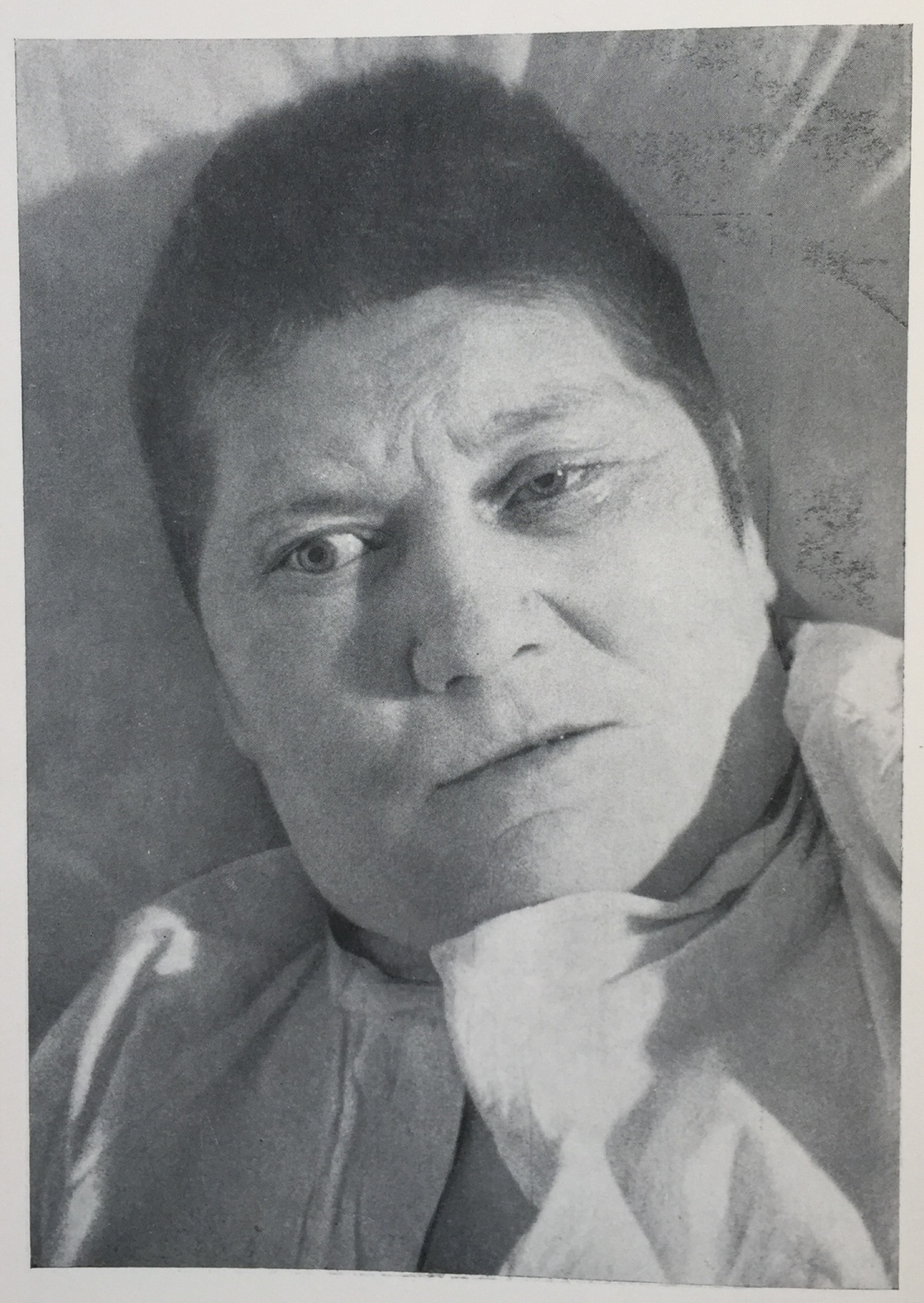
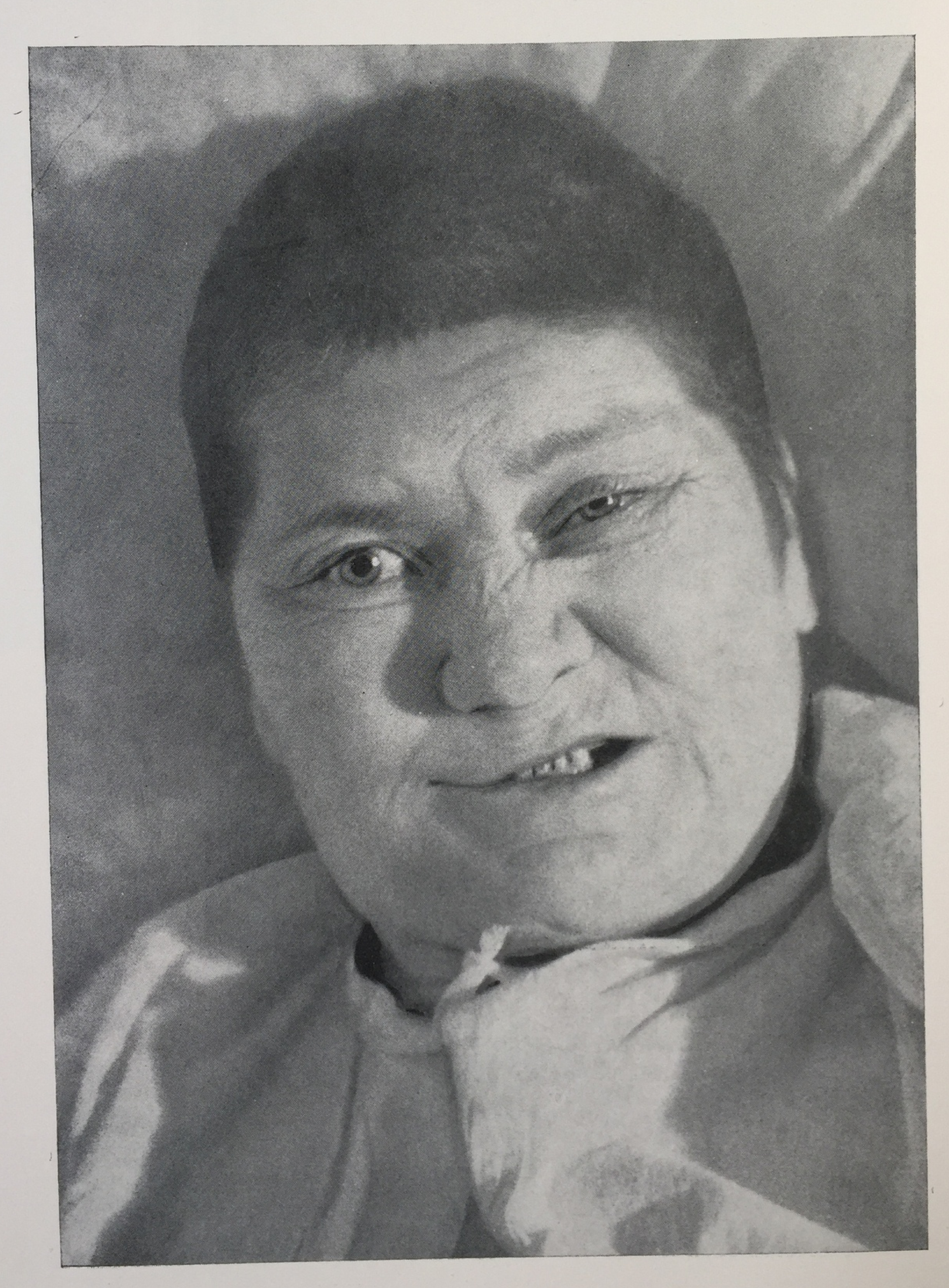


Рис. 56. Та же больная (*см. рис. 55*) при выполнении функциональной пробы. Резкая асимметрия всего лица. Дисмимия.



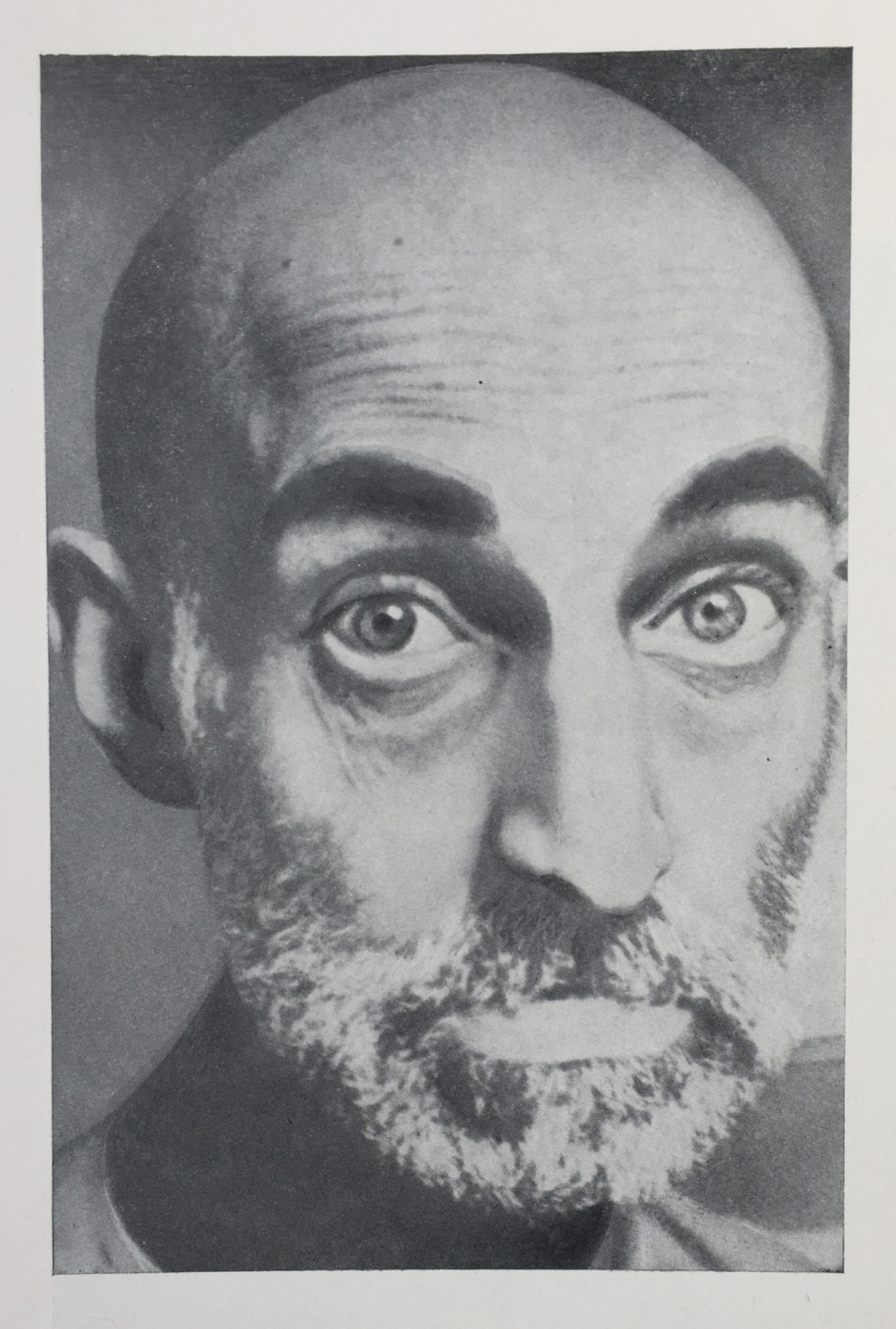


Рис. 57. **Хорея Гетингтона** *(по Heqlins)*. Кахексия. Экзофтальм с косоглазием вследствие гиперкинеза глазных мышц. Напряженность мимики.

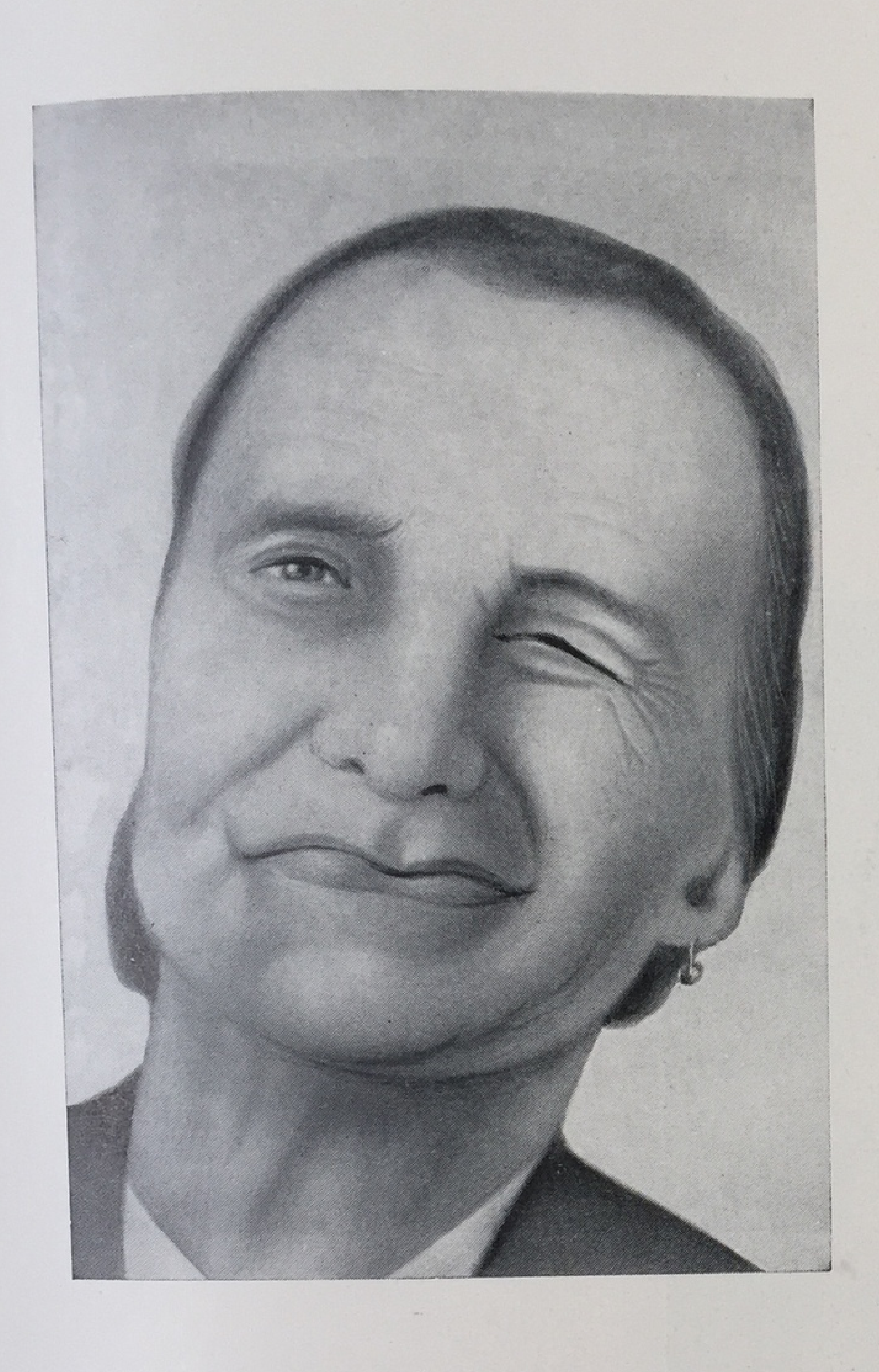


Рис. 58. **Невралгия левого тройничного нерва** (По *В. В. Михееву*). Асимметричная болевая гримаса, выражающая защитную реакцию. Парамимия.

Рис. 59. **Невралгия тройничного нерва** *(по В. В. Михееву)*. Больному около 40 лет. Застывшее выражение лица при тяжелой боли. Конвульсивно сокращены круговые мышцы глаз и рта. Лоб гладкий.

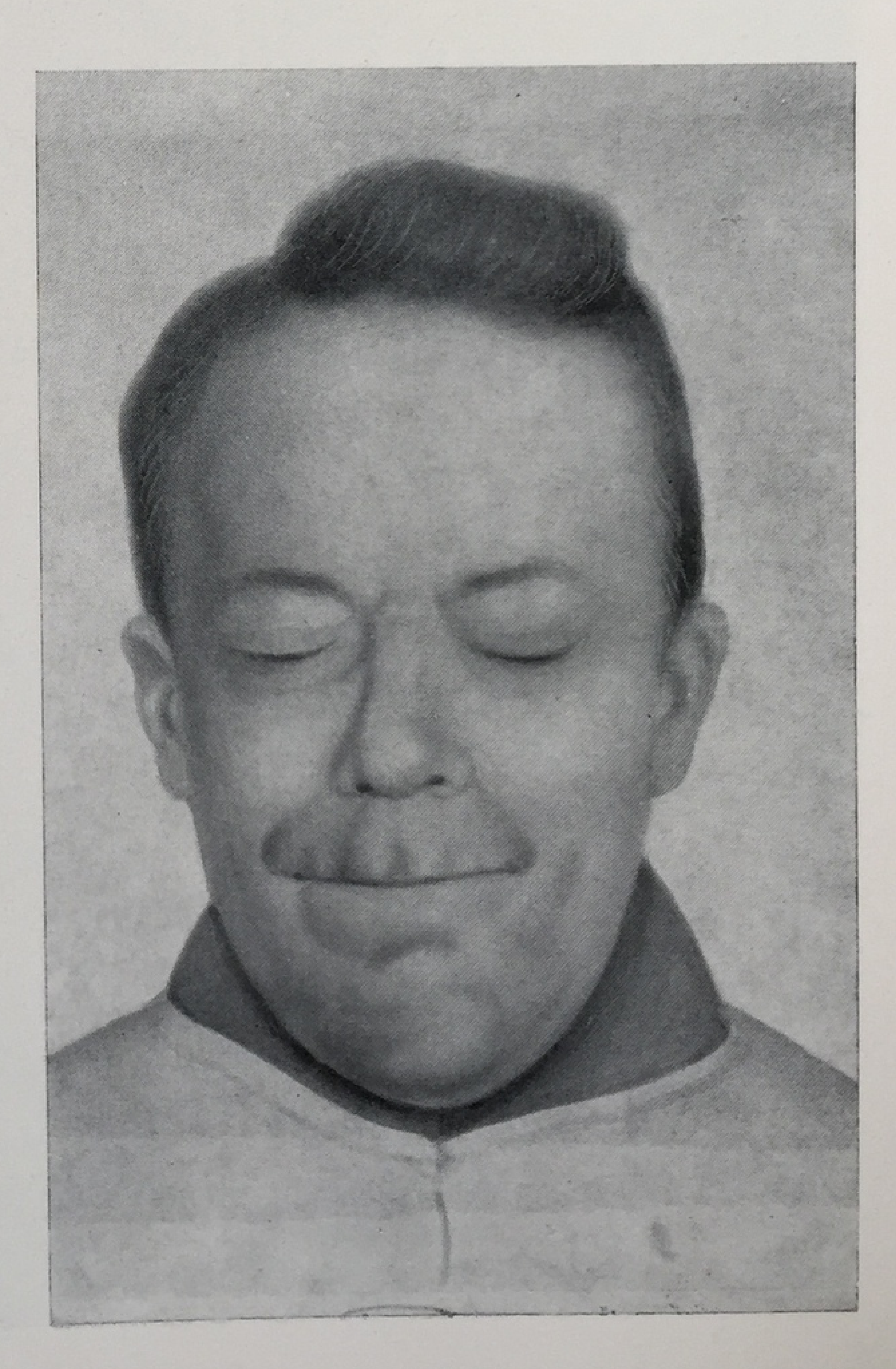


Рис. 60. **Неврит левого лицевого нерва.** Больной 25 лет перенес операцию по поводу невромы преддверно-улиткового нерва. Гипертонус мимических мышц справа. Гемомимия. Нарушение конвергенции взора.

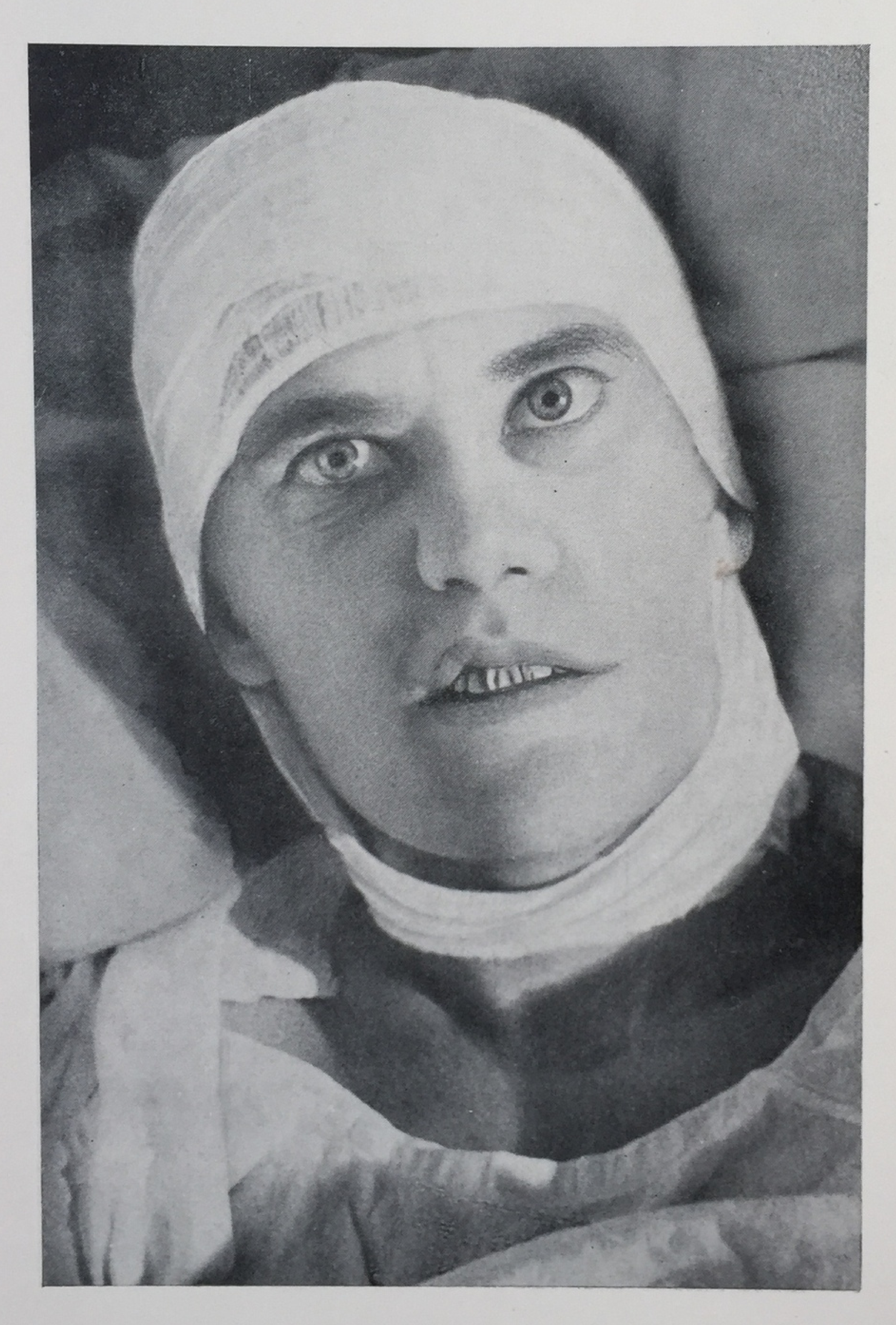


Рис. 61. **Миастения.** Больная 16 лет. Проведена операция тимэктомии. Маскообразное лицо с выключенной мимикой сохраняется. У больной псевдопараличи.

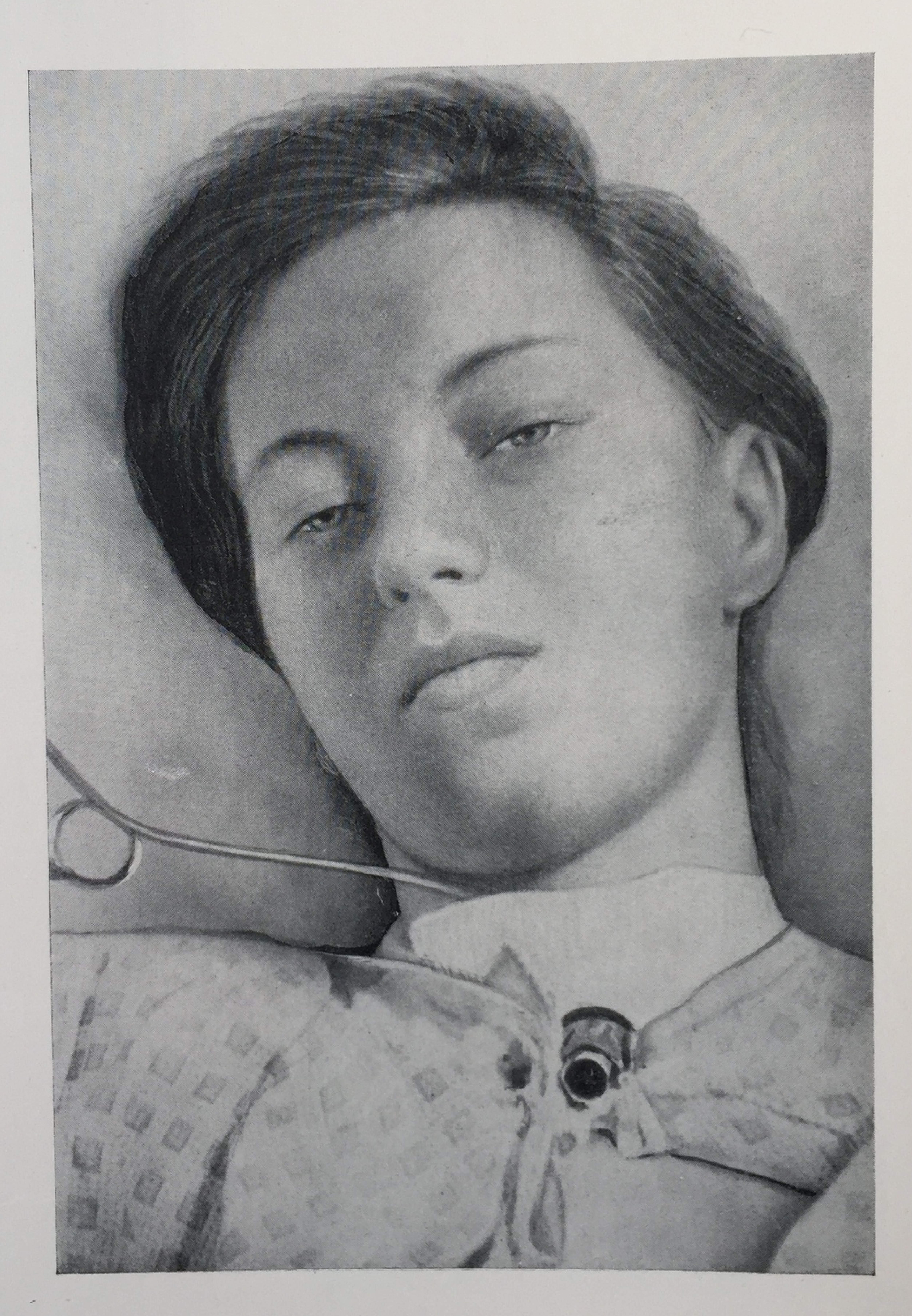
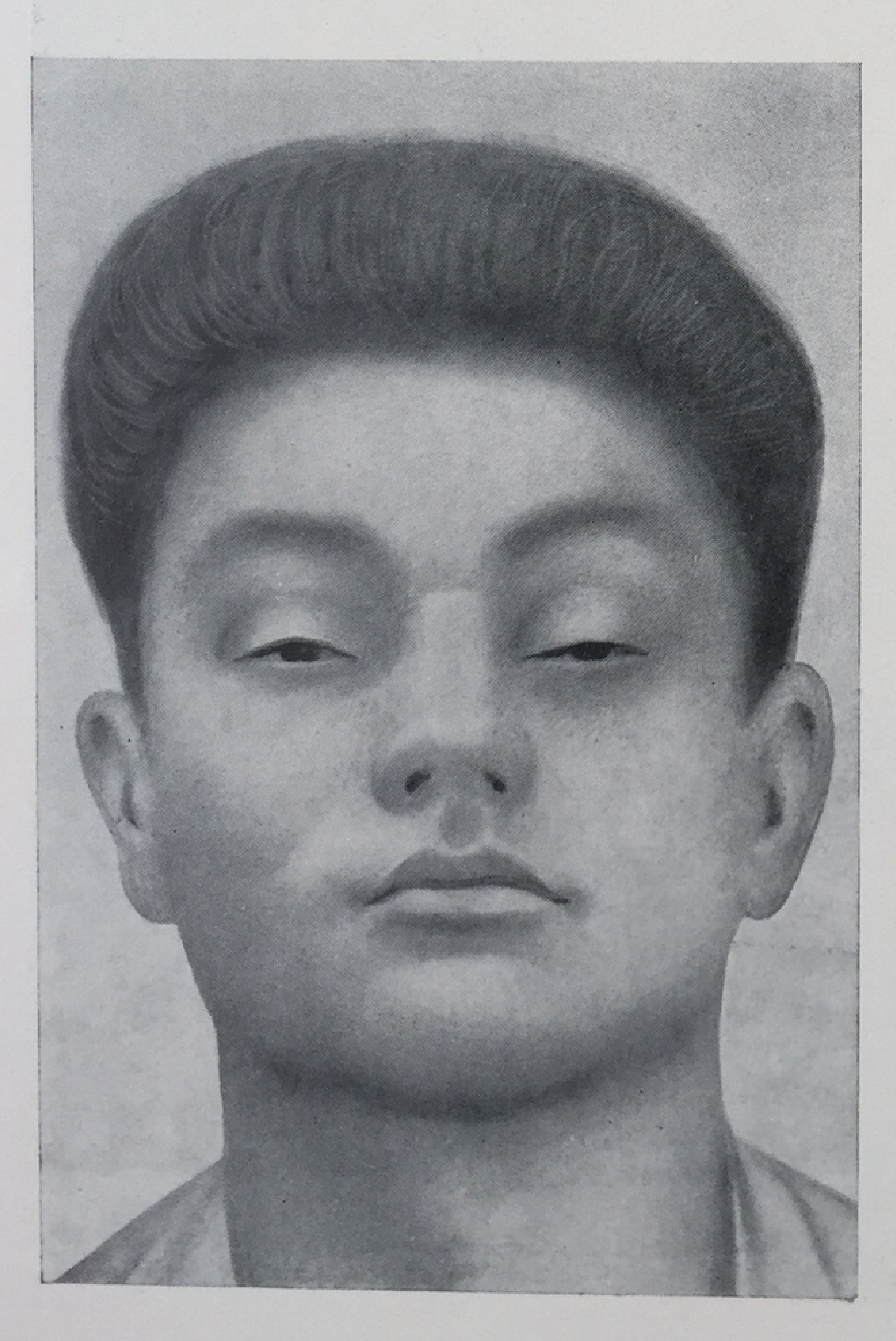


Рис. 62. **Миопатия** *(по В. В. Михееву).* Опущение верхнего века справа и слева при поднятых бровях. Лицо маскообразное, напоминает лицо сфинкса.



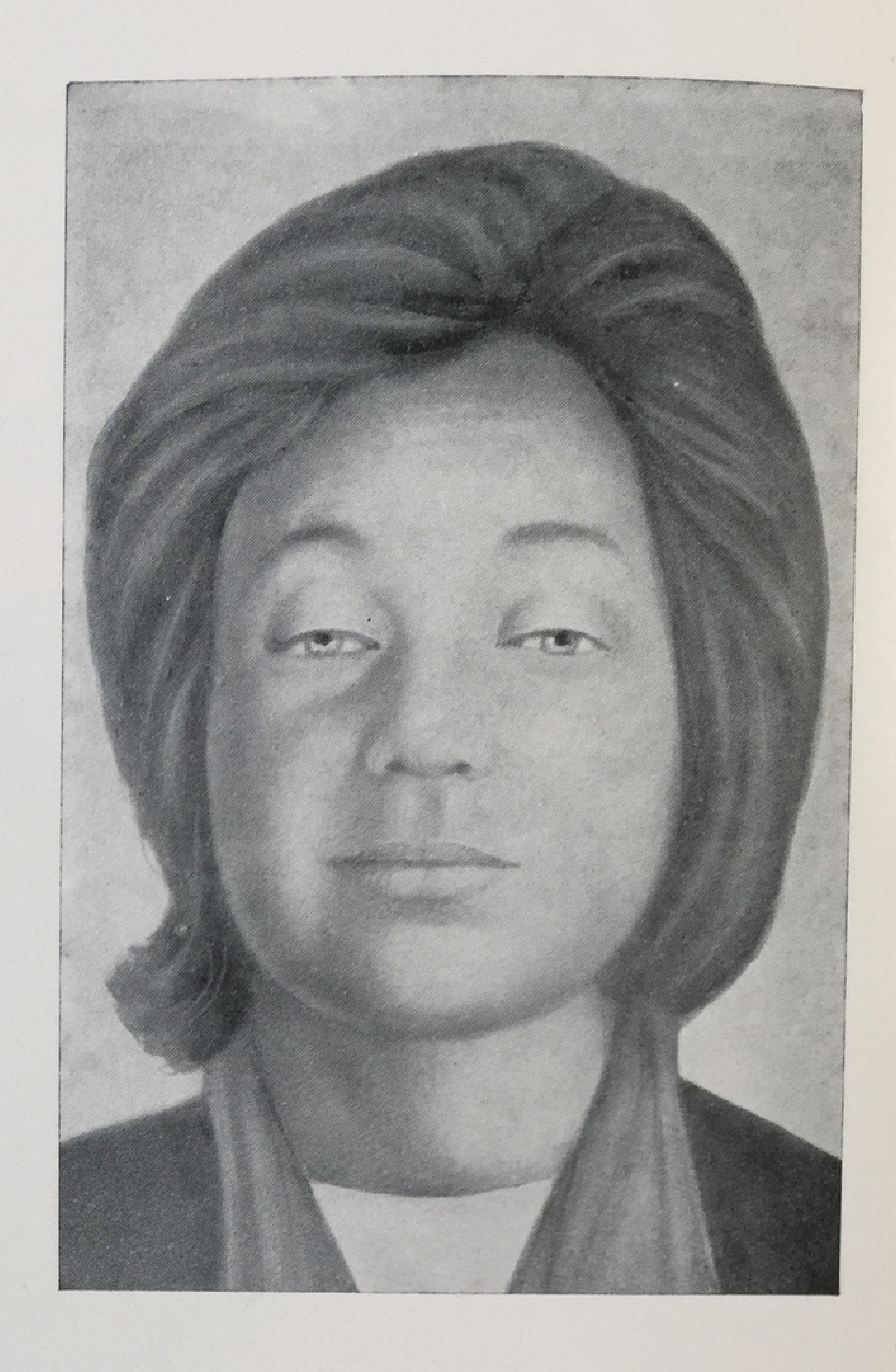


Рис. 63. **Миопатия** *(по В. В. Михееву).* Застывшее выражение лица с полузакрытыми глазами и полуулыбкой. Астеническая амимия.



Рис. 64. **Миопатия** *(по В. В. Михееву).* Неестественная (поперечная) улыбка при застывшей мимике и испуганном выражении глаз. Лицо-маска.

Рис. 65. **Бульбарная форма миопатии** *(по В. В. Михееву).* Гипомимия, доходящая до амимии. Двусторонний птоз верхнего века.

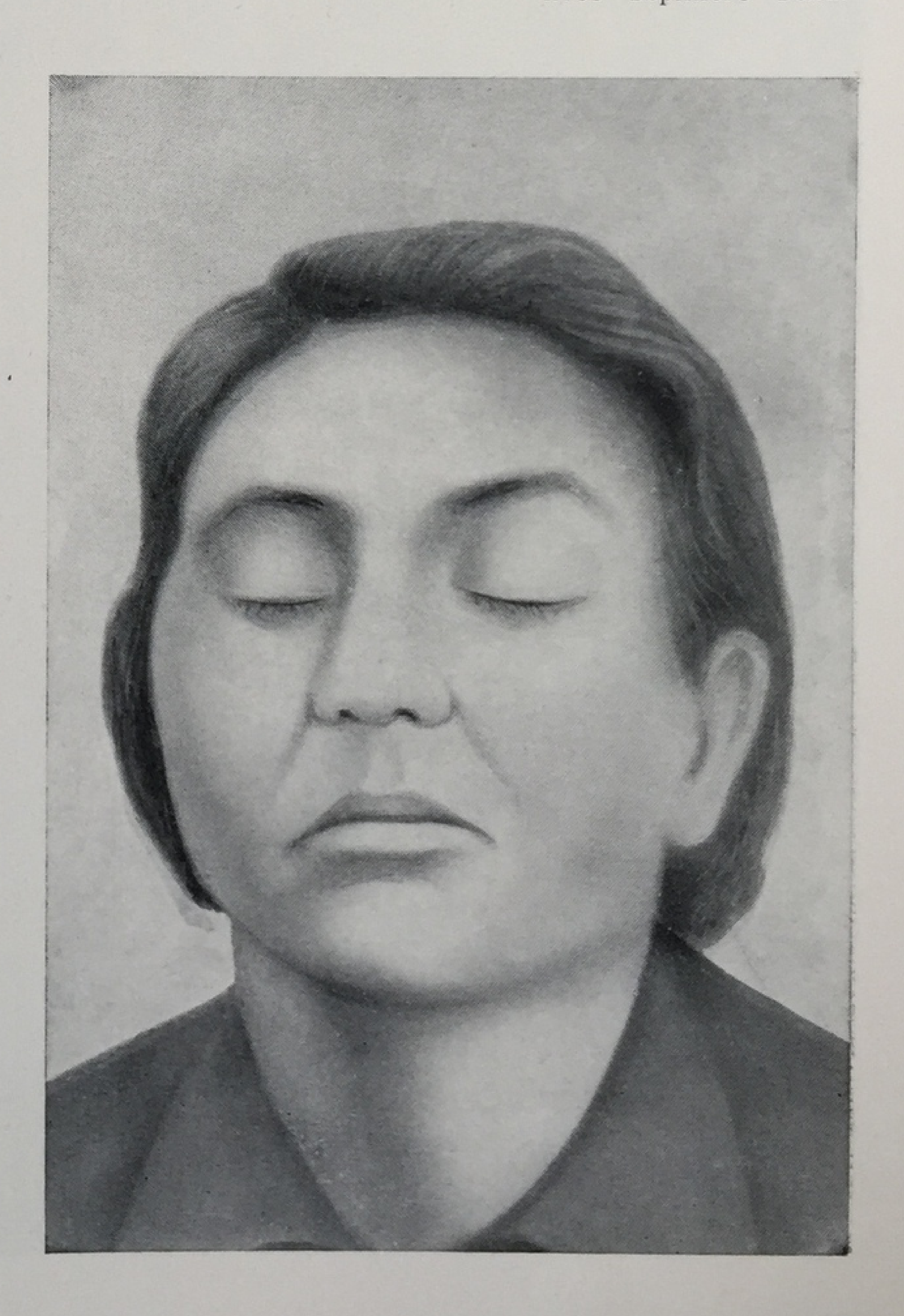


Рис. 66. **Торзионный спазм** у больного 39 лет. Выпячивание левого глазного яблока. Дисгармония мимических мышц левой половины лица вследствие гиперкинеза и гипотонии.

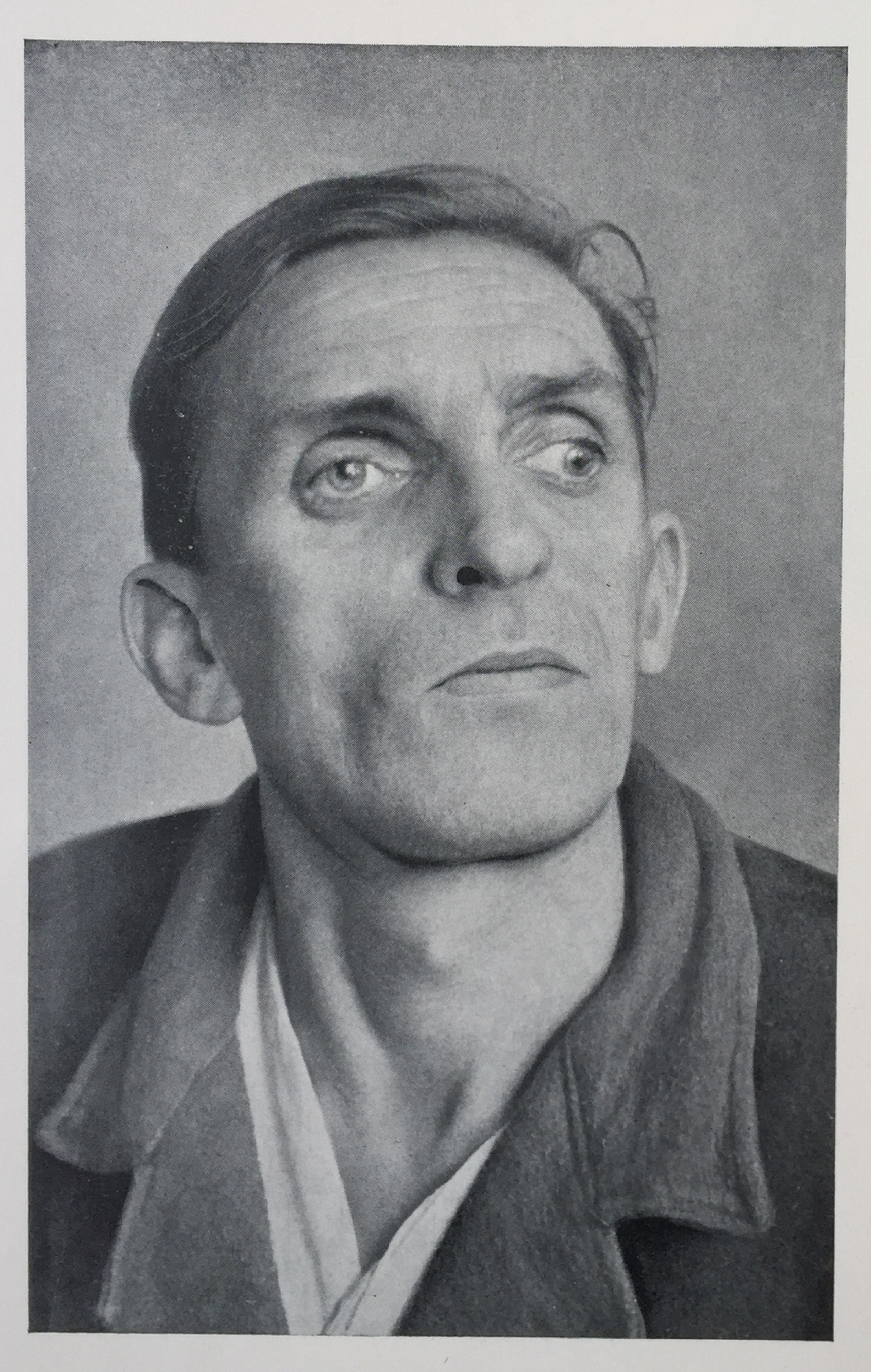
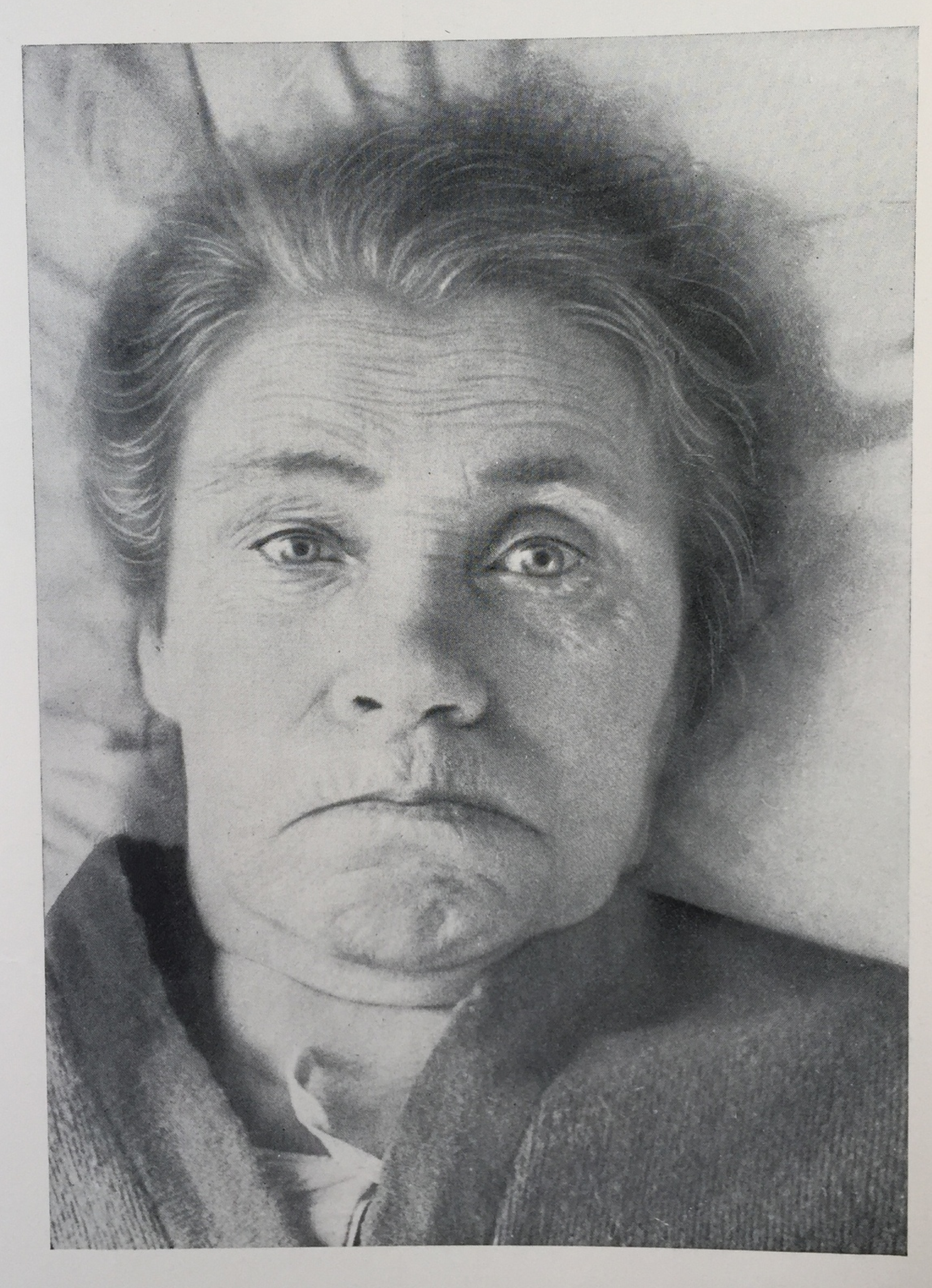


Рис. 67. **Опухоль в области правого мосто-мозжечкового угла** у больной 61 года. Асимметрия глазных яблок. Стертость складок вокруг правого глаза. Атония мышц правой половины лица. Отечность. Бледность кожных покровов. Утолщение губ за счет гипертонуса круговой мышцы рта.



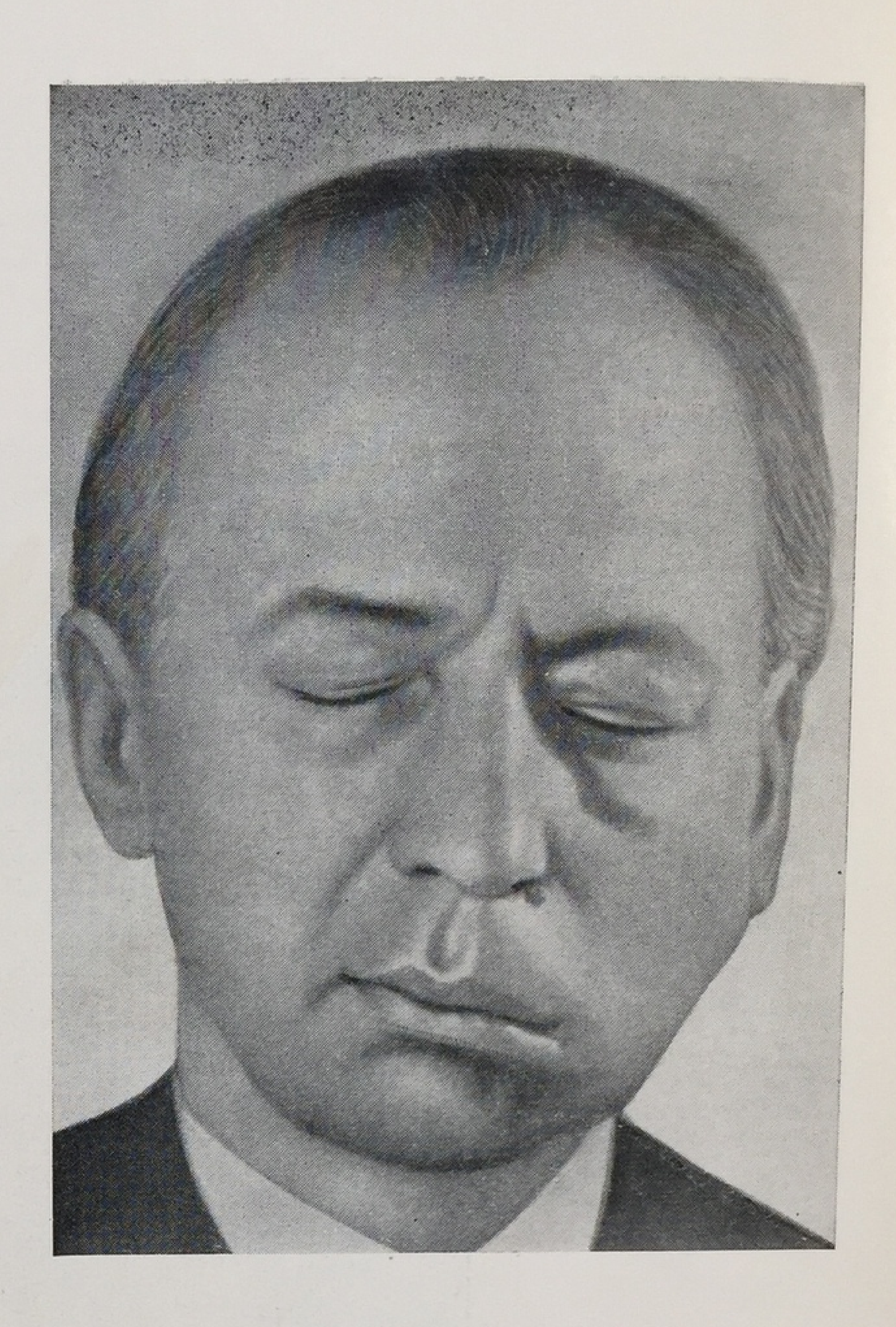



Рис. 68. **Карцинома околоушной слюнной железы с параличом левого лицевого нерва** *(по Heglins).* Резкая асимметрия лица, неестественная конвергенция взора.

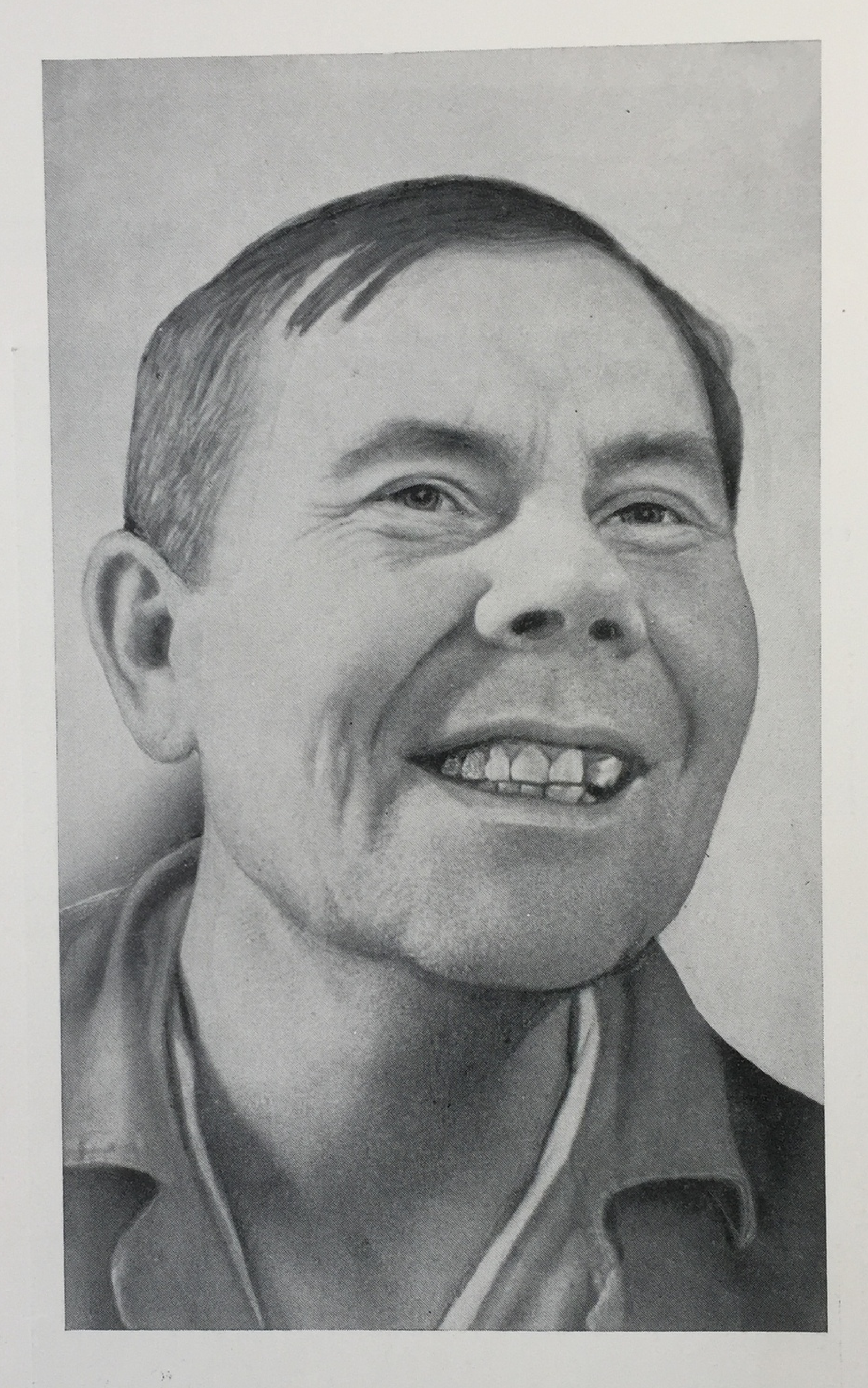


Рис. 69. **Паркинсонизм:** асимметрия мимических функций. Они более выражены на правой половине лица и сглажены на левой. Явления насильственного смеха, возникающие помимо желания больного (37 лет).

Рис. 70. **Паркинсонизм** после энцефалита. Больная 26 лет. Преждевременное постарение лица. Напряженная мимика с выражением недоверия и отчуждения. Дрожание головы.



Рис. 71. **Паркинсонизм** после энцефалита у больного 49 лет. Неадэкватно грубое лицо. Выражение гнева или ярости без динамической моторики (гиперстеническая амимия).

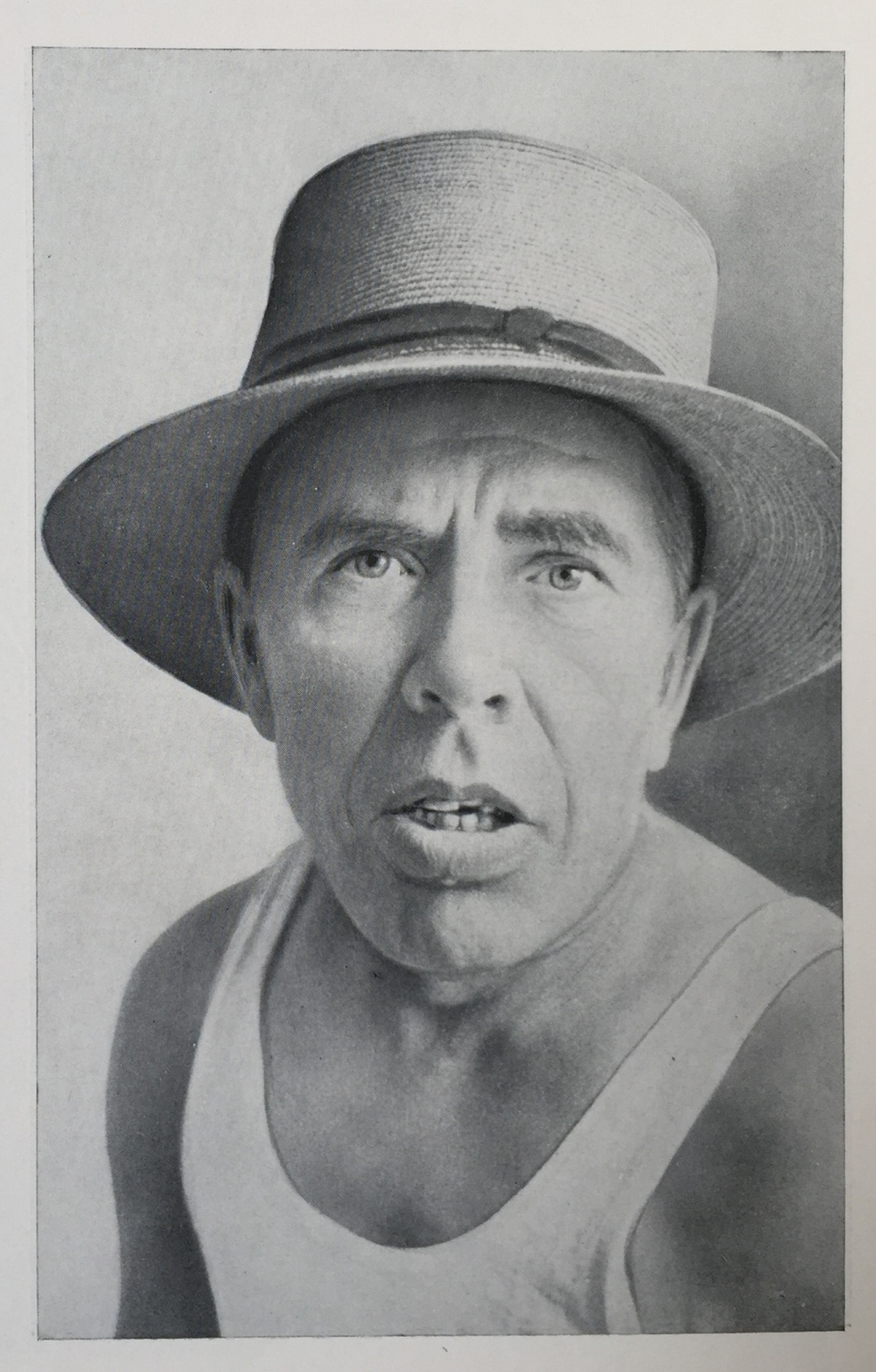


Рис. 72. Лицо больного 59 лет, перенесшего черепномозговую операцию по поводу **парикинсонизма.** Частичное восстановление нормальной мимики. Больной удерживает голову, борясь с дрожанием.

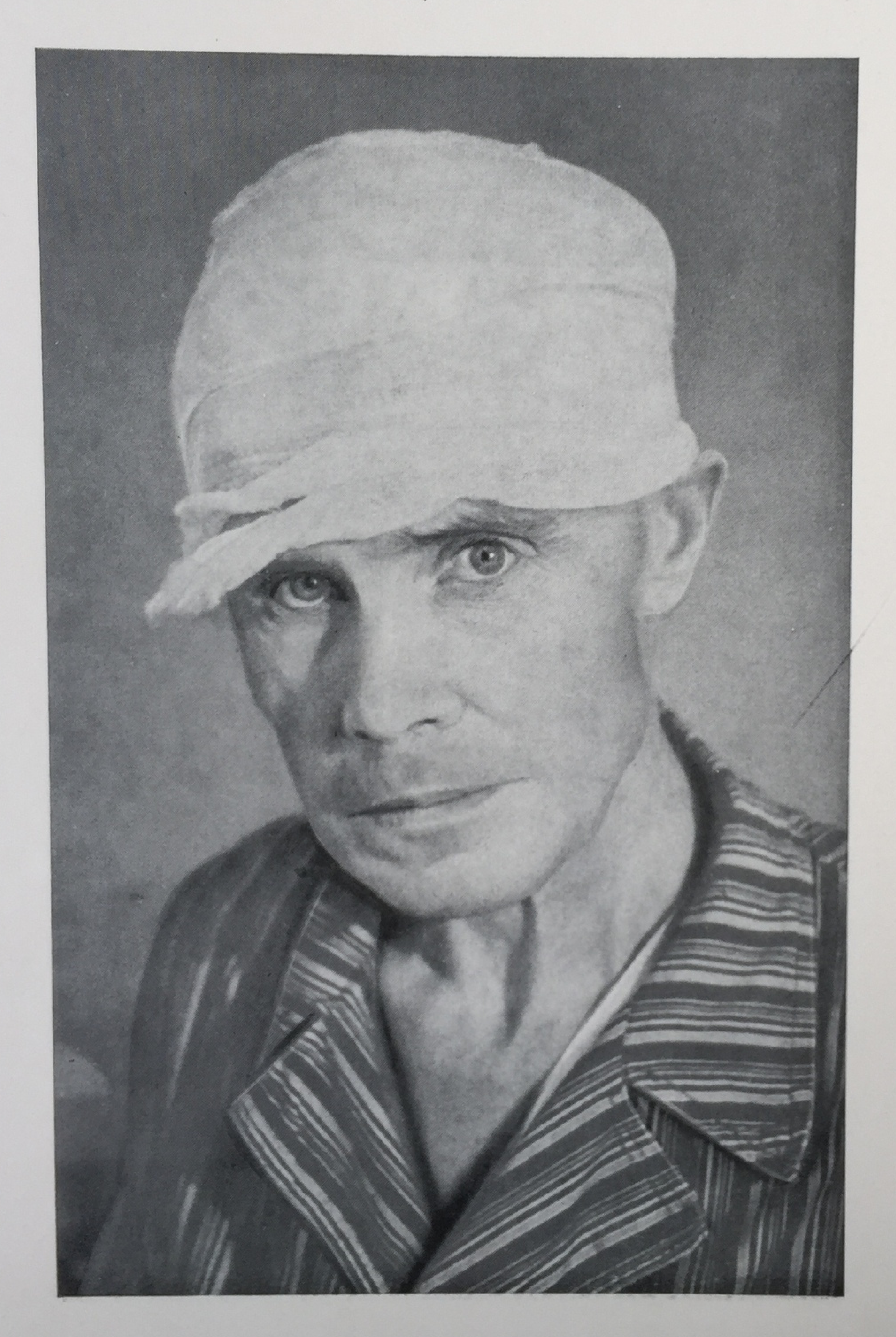


Рис. 73. **Паркинсонизм** у больной 58 лет. Правосторонний экзофтальм. Застывшее выражение лица с напряжением мимических мышц. Спазм мышц окружности рта.

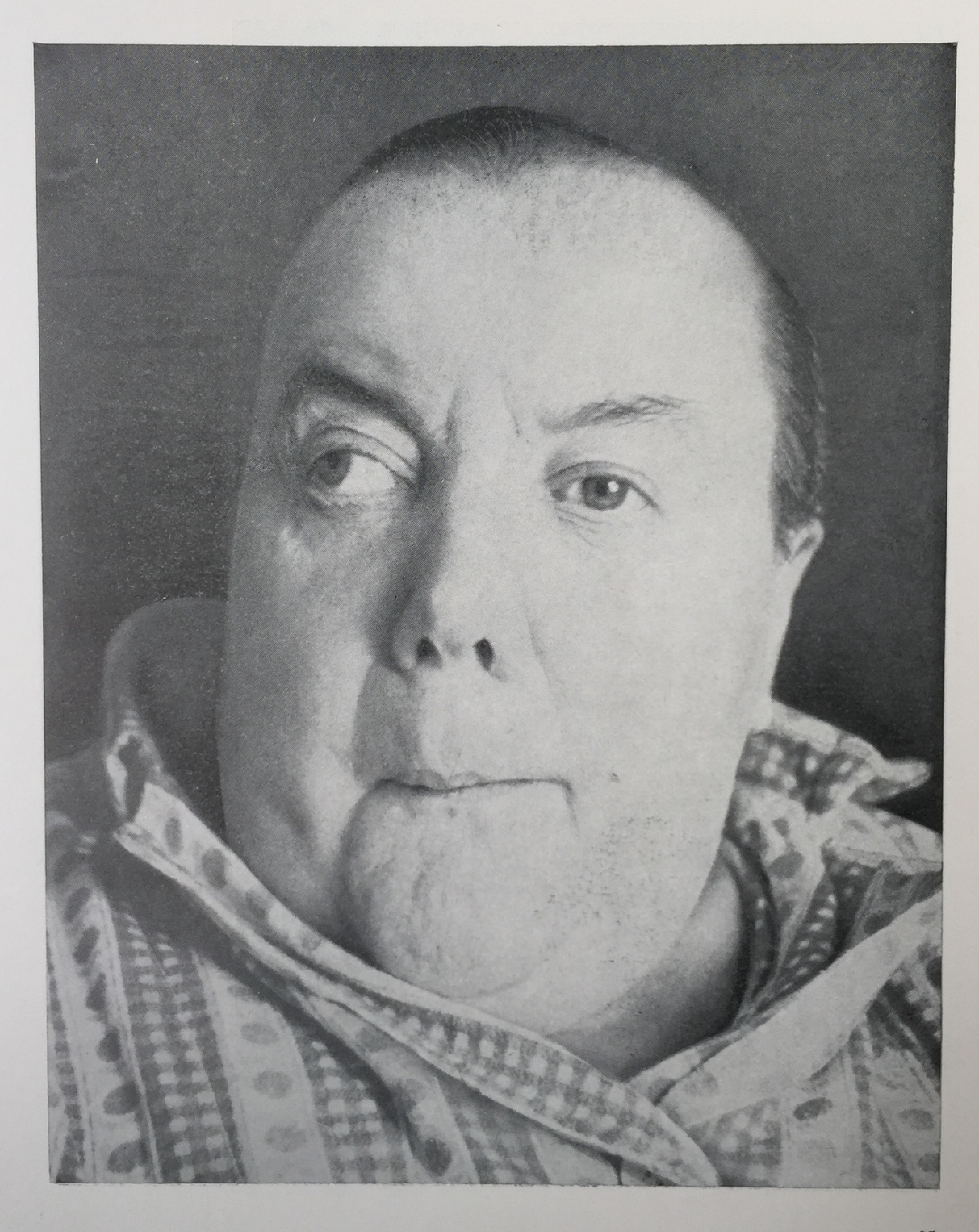


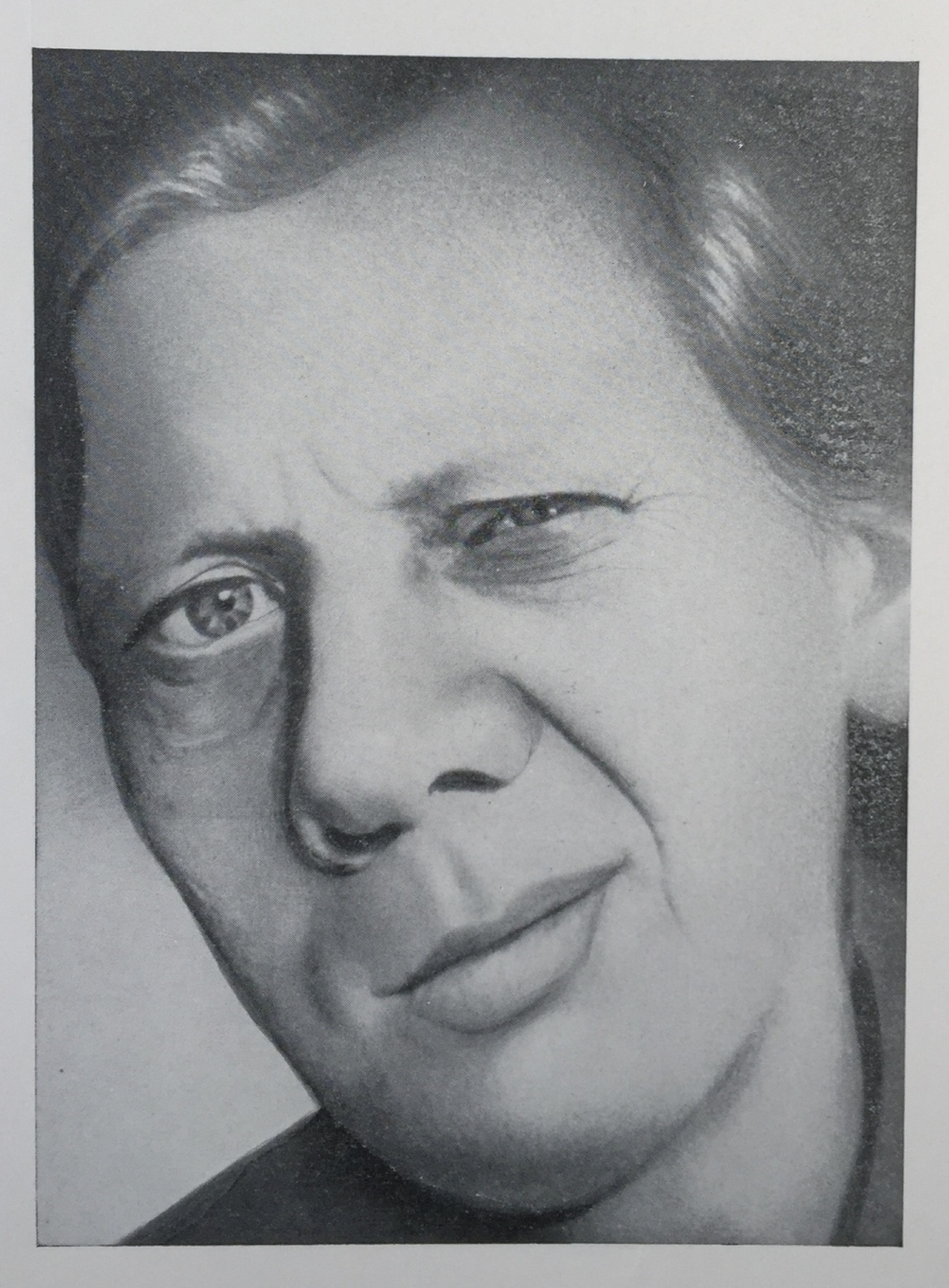
Рис. 74. **Паркинсонизм после энцефалита** у больной 28 лет. Немотивированная улыбка (насильственный смех). Асимметрия глаз и лица.



Рис. 75. **Метастаз раковой опухоли в головной мозг** у больной 70 лет. Центральный парез левого лицевого нерва. Все лицо перекошено вправо, левая носо-губная складка отсутствует. Закатывание глаз вверх и вправо.



Рис. 76. **Кровоизлияние в области моста мозга.** Центральный паралич правого лицевого нерва. Лицо перекошено влево. Нависание верхнего века объясняется спазмом круговой мышцы глаза.



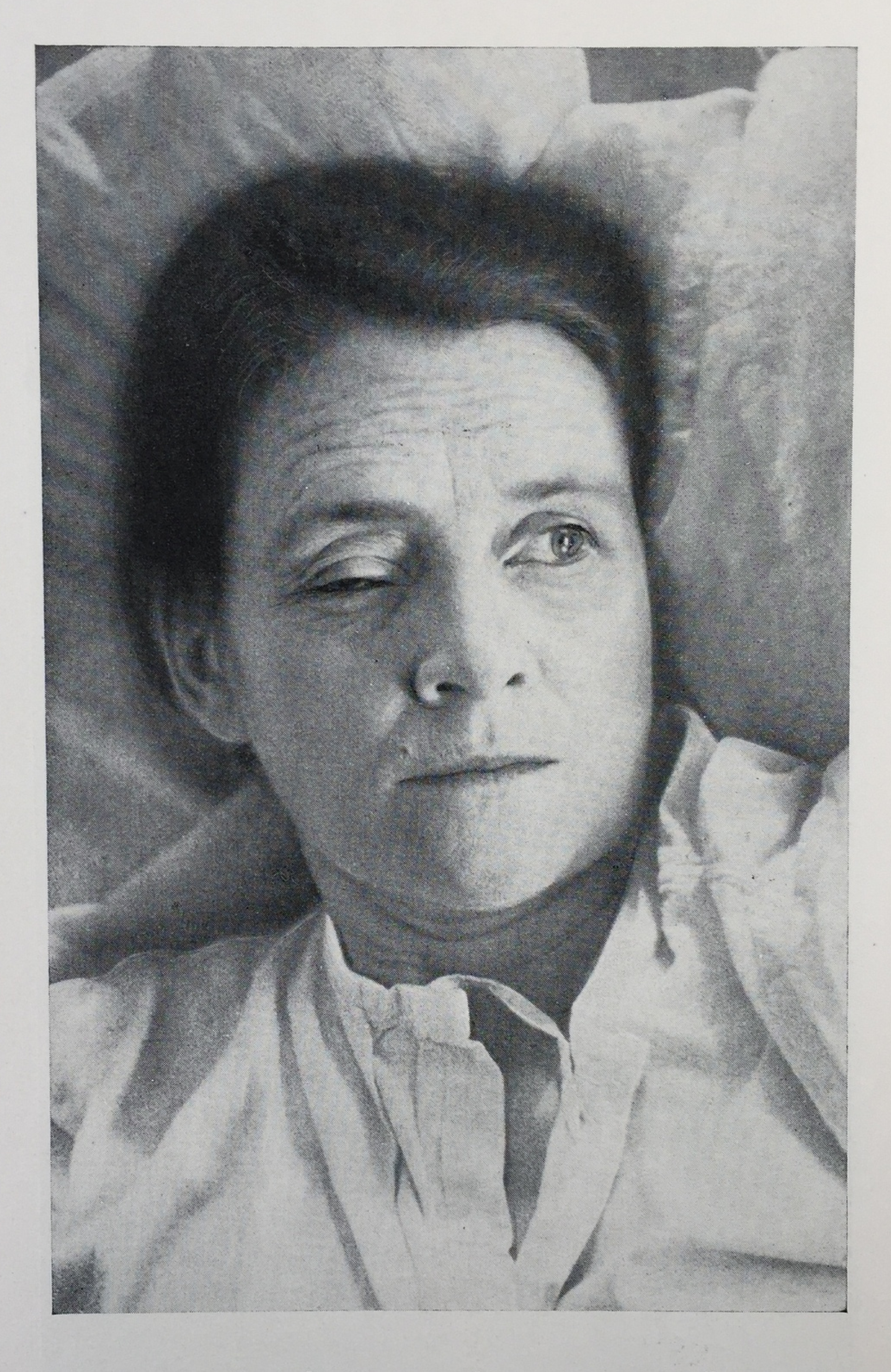


Рис. 77. Больная 40 лет. **Опухоль височной доли мозга** справа. Птоз верхнего века правого глаза при поднятой брови. Резкое косоглазие. Расширение правой ноздри при попытке раскрыть правую глазную щель.

Рис. 78. **Опухоль головного мозга** в задней черепной яме у больного 39 лет. Нарушена координация мимических мышц. Паралич мышц левой стороны лица и гипертонус мимических мышц правой половины. Конвергенция взора. Анизокория.



Рис. 79. Больной 30 лет оперирован по поводу **опухоли головного мозга.** Больной в сознании. Маскообразное лицо. Амимия, адинамия лицевых мышц.

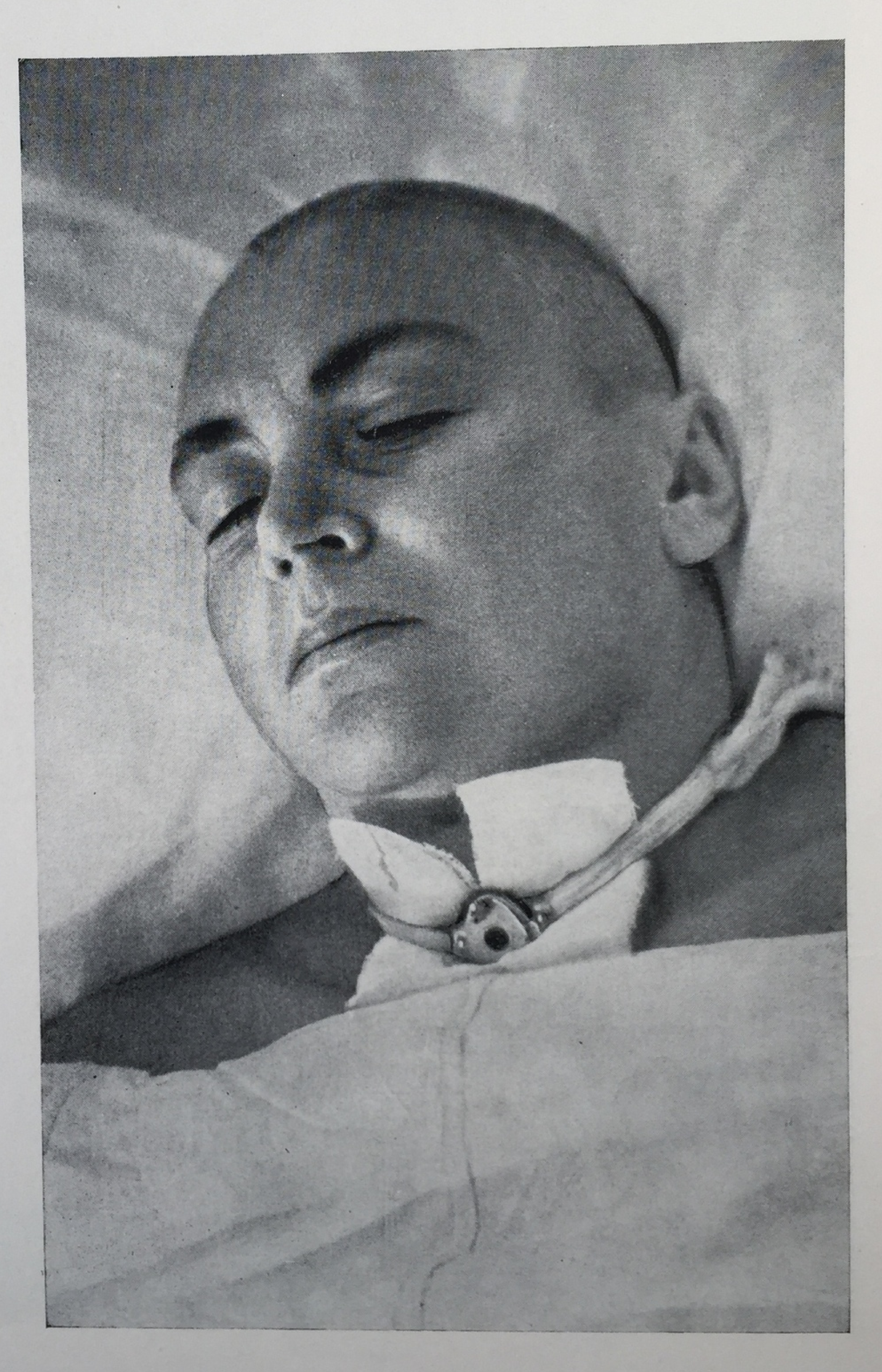


Рис. 80. **Опухоль левого преддверно-улиткового нерва** у больного 54 лет. Поврежден левый лицевой нерв. Левый глаз не закрывается. Больной без сознания.

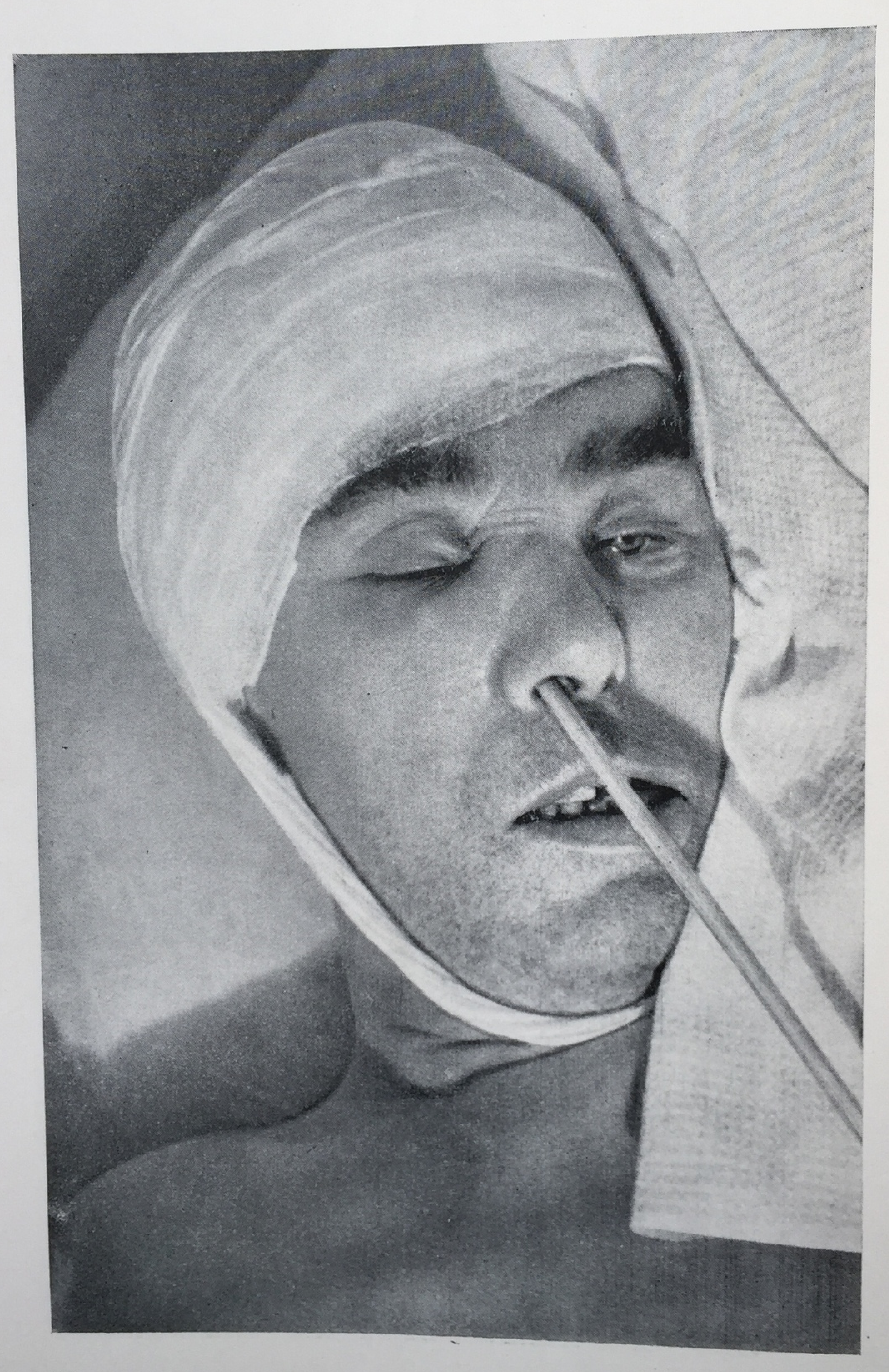


Рис. 81. **Склероз мозговых сосудов с левосторонним гемипарезом.** Дряблая серая кожа лица. Асимметрия мимических функций. Закрытые глаза, полуоткрытый рот. Экспрессия тяжелой боли. Ансамбль сокращенных мышц указывает на подчеркивание боли стонами.

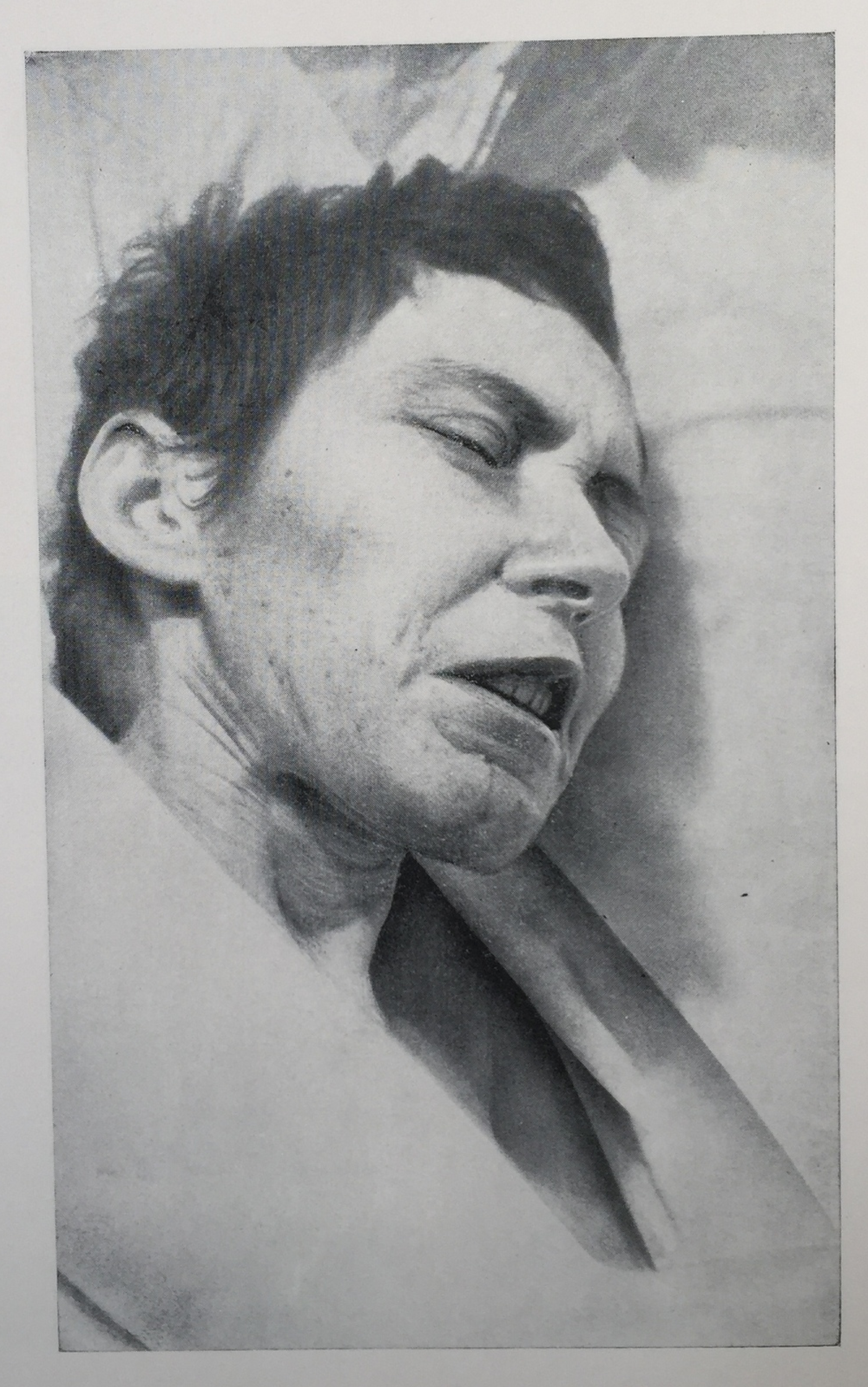


Рис. 82. **Ревмоваскулит головного мозга.** Больная 18 лет. Выражение скорби, напряженность мимики. Восковая бледность кожи и краснота склер.

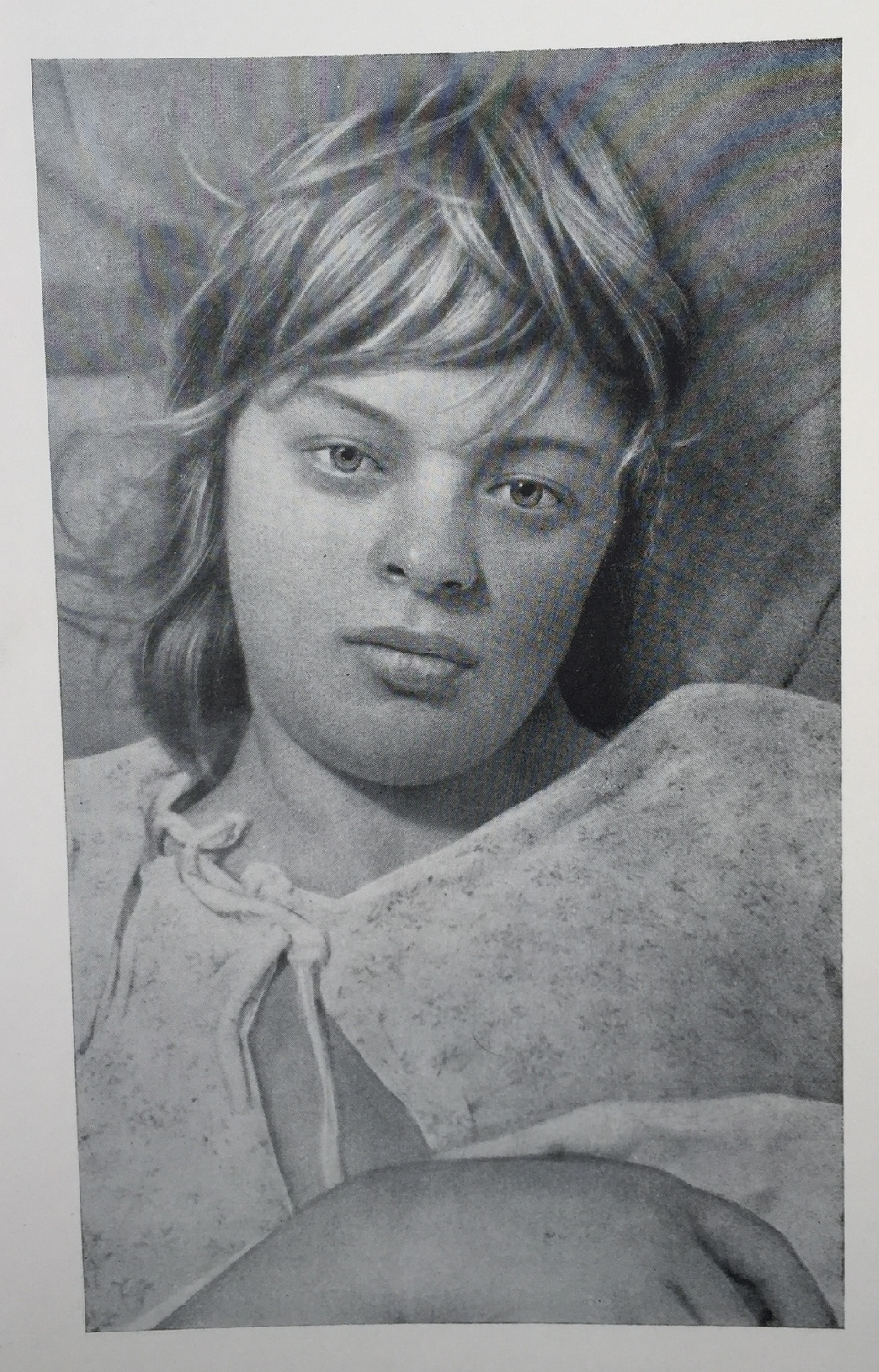


Рис. 83. **Туберкулезный менингит на фоне фиброзно-очагового туберкулеза легких** у больного 24 лет. Сумеречное состояние сознания. Сонливость. Серый цвет кожных покровов. Заостриввшийся нос. Синюшные губы. Гиподинамия мышц, в том числе жевательных (полуоткрытый рот).

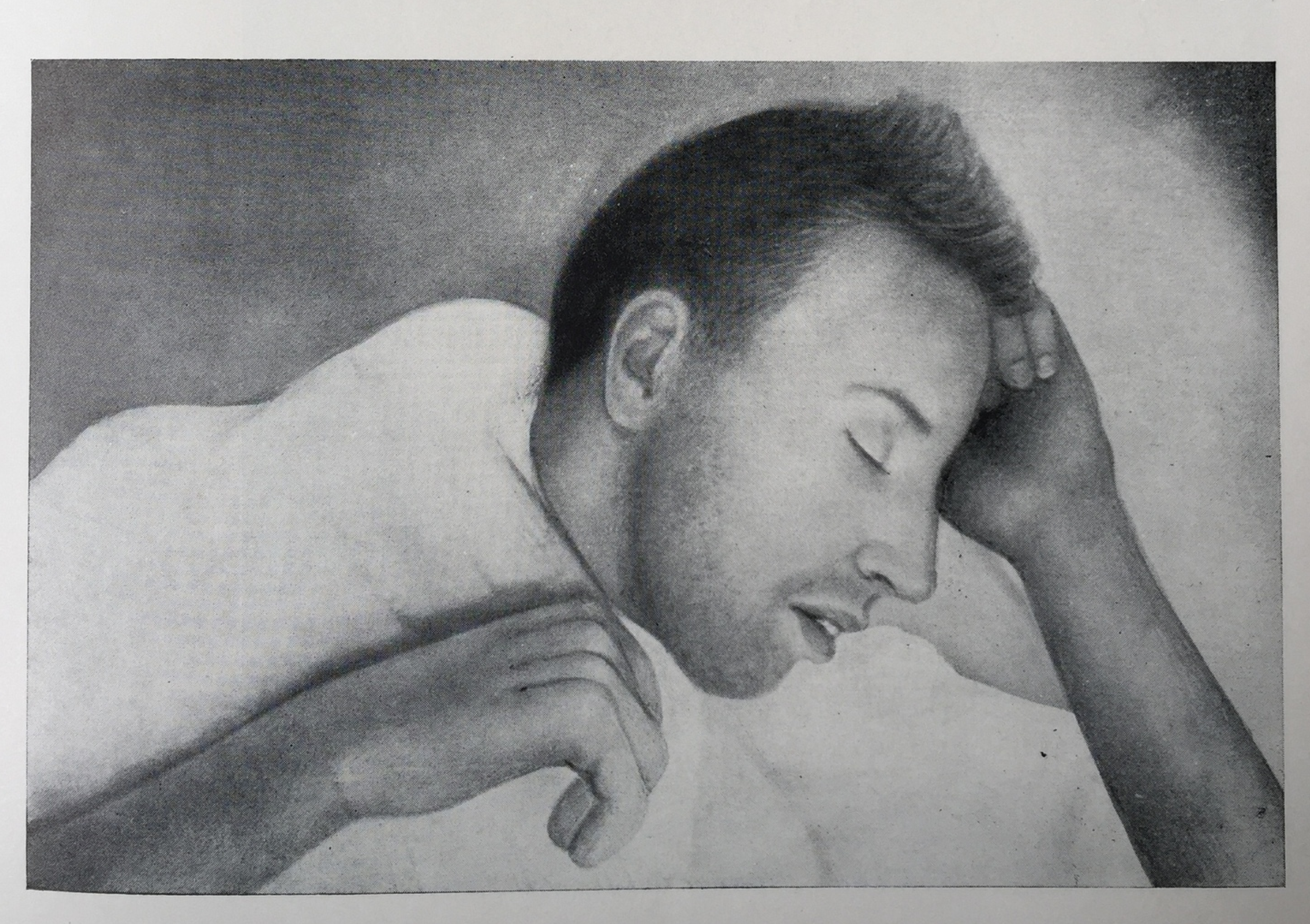


Рис. 84. **Оболочечные симптомы при переломе основания черепа** (по Killian). Выражение нестерпимой боли. Брови сведены, глаза закрыты. Положение рта указывает на резкие физические боли, сопровождающиеся стонами



Рис. 85 Лицо больной 46 лет, перенесшей **сотрясение мозга.** Сумеречное состояние. Глаза зажмурены. Мышцы окружности рта и носа напряжены. Гримаса боли.

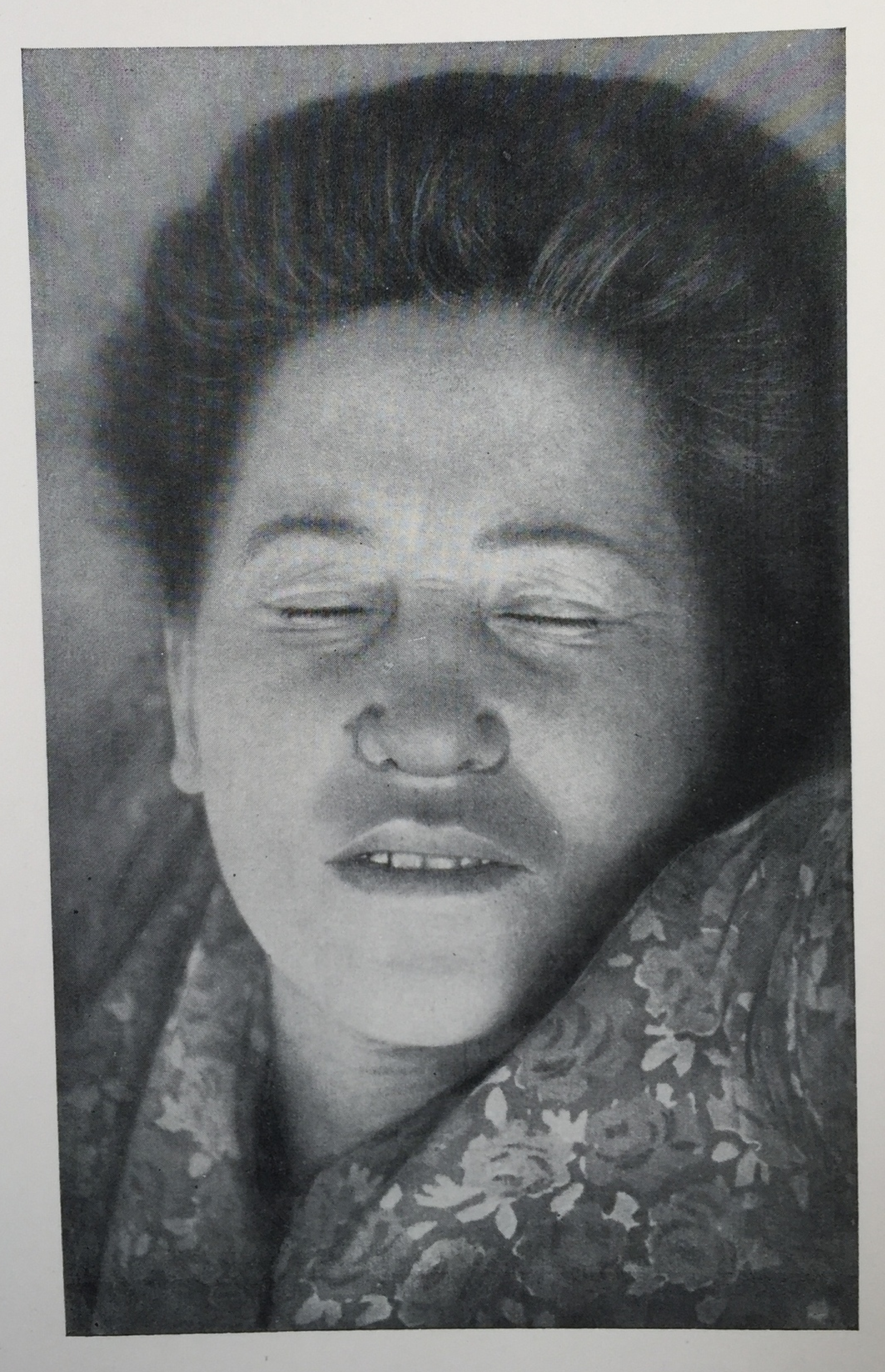
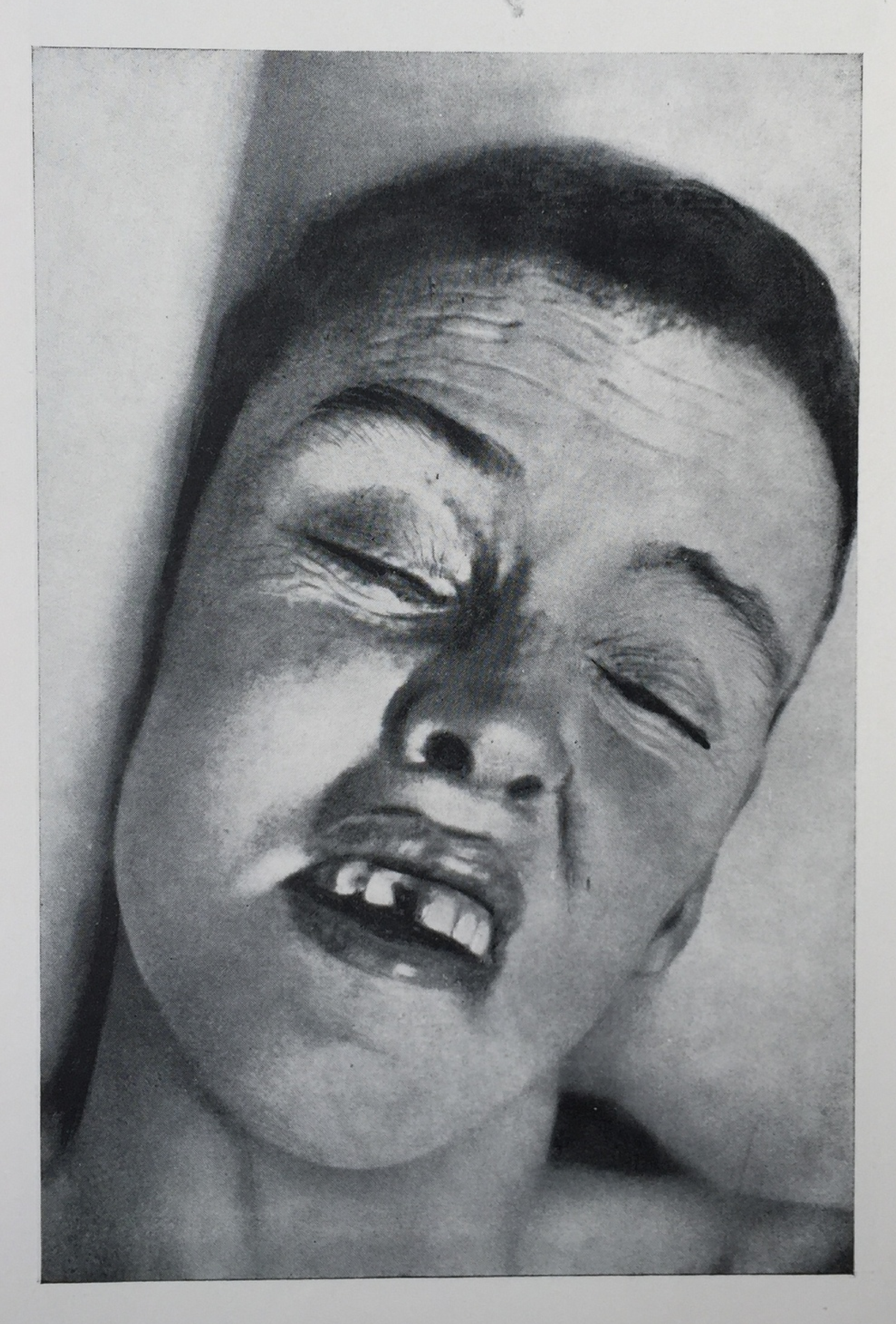


Рис. 86. **Тетанический спазм** лицевой мускулатуры при столбняке. Сардоническая улыбка как выражение тяжелого состояния. *(по Killian).*



ЛИЦО ПРИ НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ



Рис. 87. **Олигофрения.** Средняя степень заболевания — имбецильность. Тупое выражение лица. Скудная замедленная мимическая игра. Неадэкватная мимика. Немотивированная улыбка.

Рис. 88. **Олигофрения.** Тяжелая степень — идиотия. Крайне ограниченная мимическая деятельность. Разглаженное неосмысленное лицо. Полураскрытый рот. Нарушение конвергенции. «Пустой» взгляд, направленный неопределенно куда-то вверх.

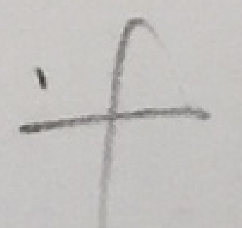
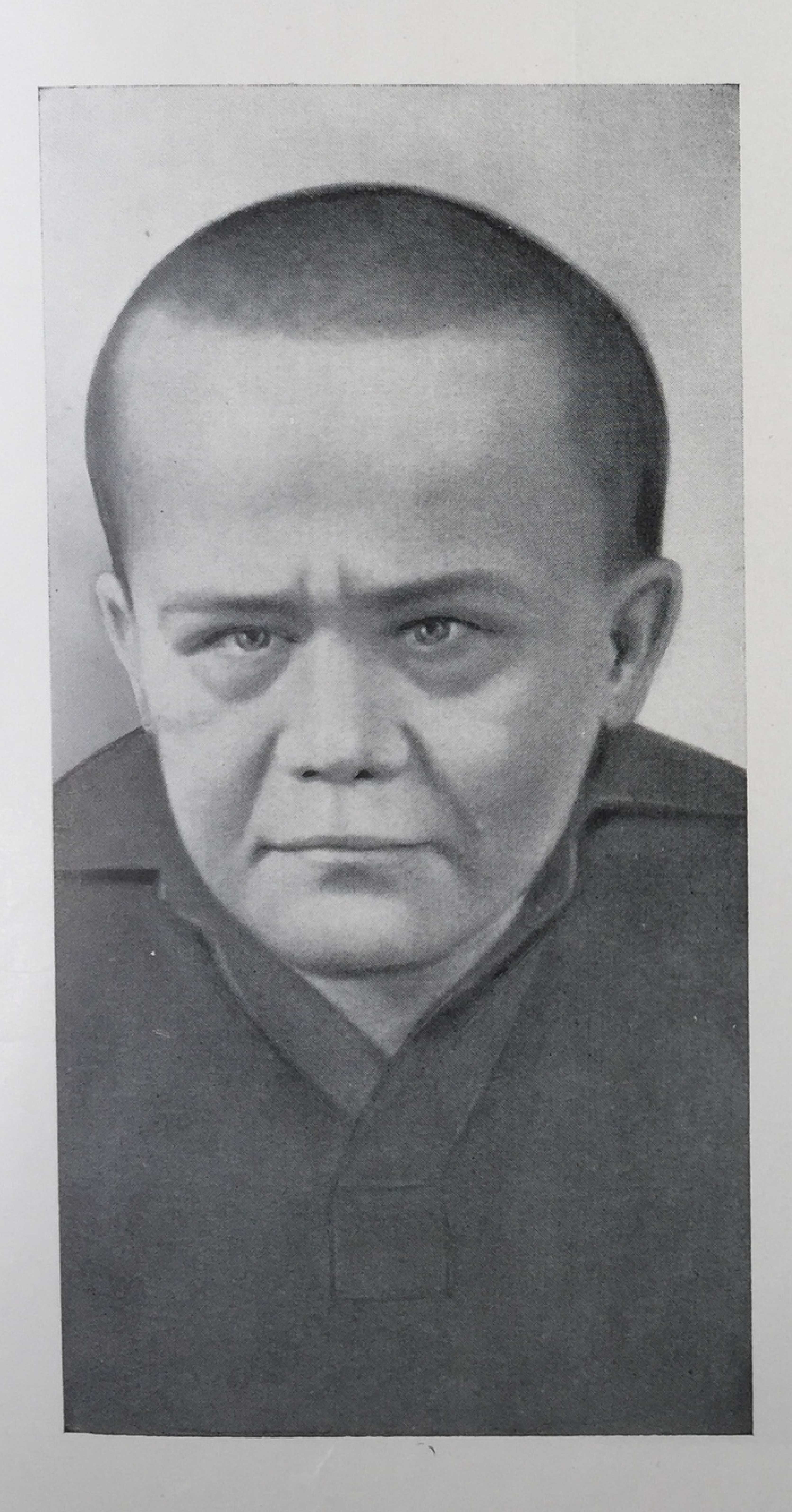


Рис. 89. **Олигофрения в связи с гидроцефалией** *(фронтальный снимок)*. Деформация черепа: увеличение свода при неизмененном основании черепа. Асимметрия в строении головы. Уменьшение глазных щелей. Пониженная мимическая деятельность — гипомимия.

Рис. 90. **Олигофрения.** Тот же пациент, что и на *рис. 89 (профильный снимок)*. Еще более подчеркнута деформация черепа. Застывшая мимика. Безразличный отвлеченный взгляд.



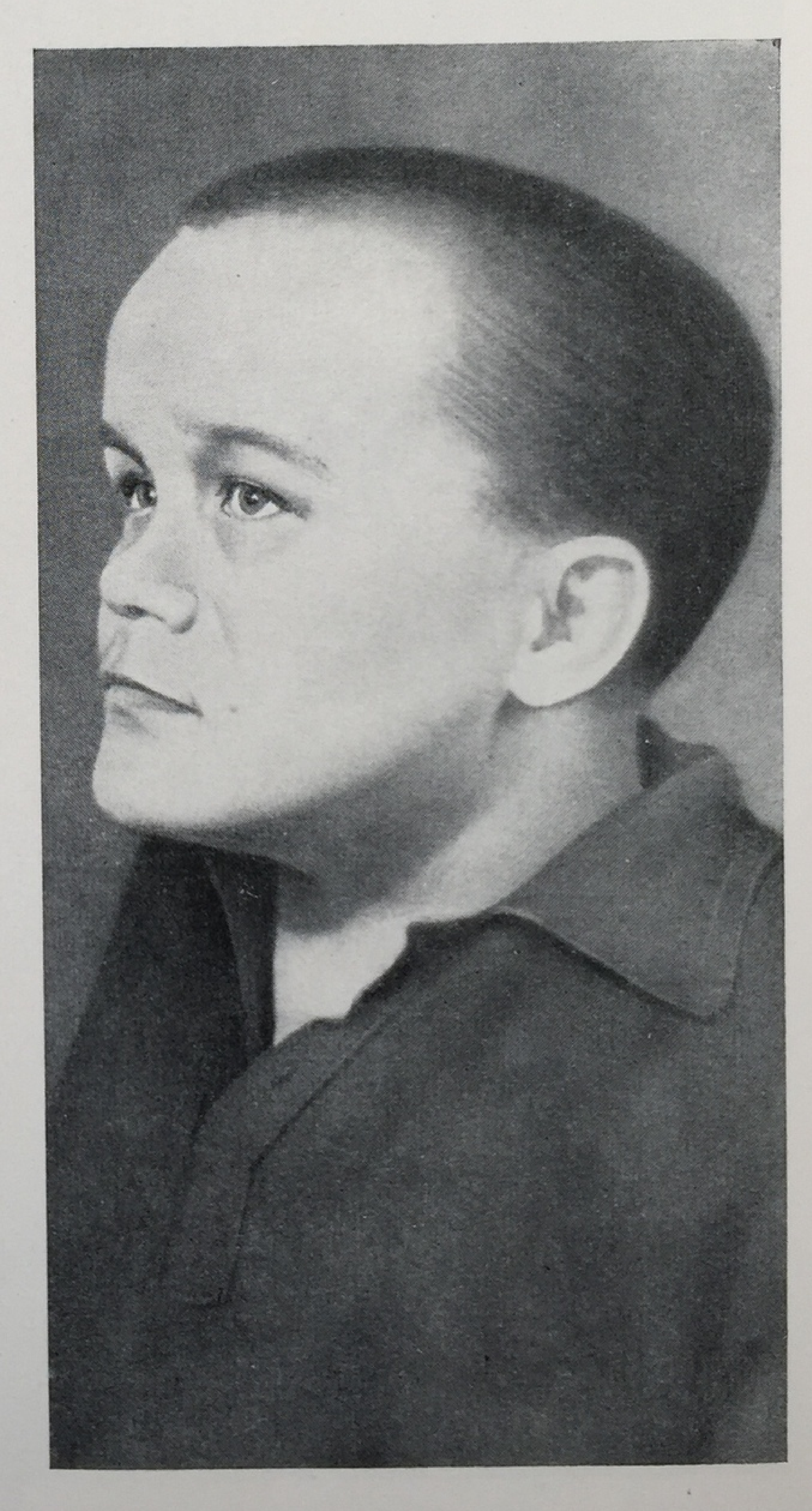


Рис. 91. **Прогрессивный паралич.** Огрубение и обеднение мимической экспрессии. Выпадение тонких проявлений мимических функций. Напряженное выражение лица: рот перекошен, «жесткий» взгляд устремлен вперед. Агрессивно приподнятая и сжатая в кулак правая рука. Бред величия.

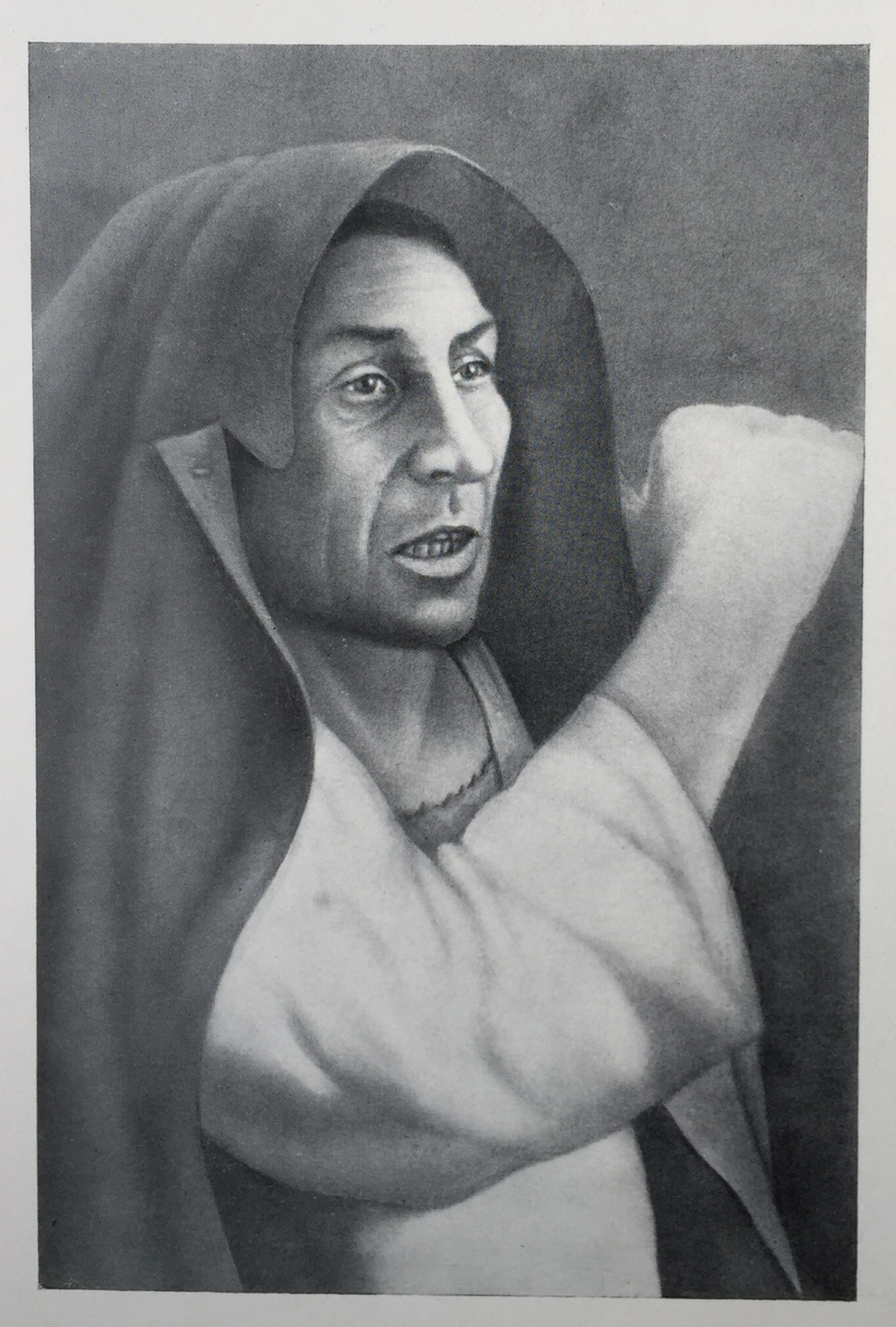


Рис. 92. **Шизофрения.** Галлюцинаторно-параноидная форма. Вялая мимическая игра на фоне начавшейся общей психотической астенизации личности. Растерянное и несколько тревожное выражение лица. Широко раскрытые глаза, боковой «ищущий», несколько задумчивый взгляд

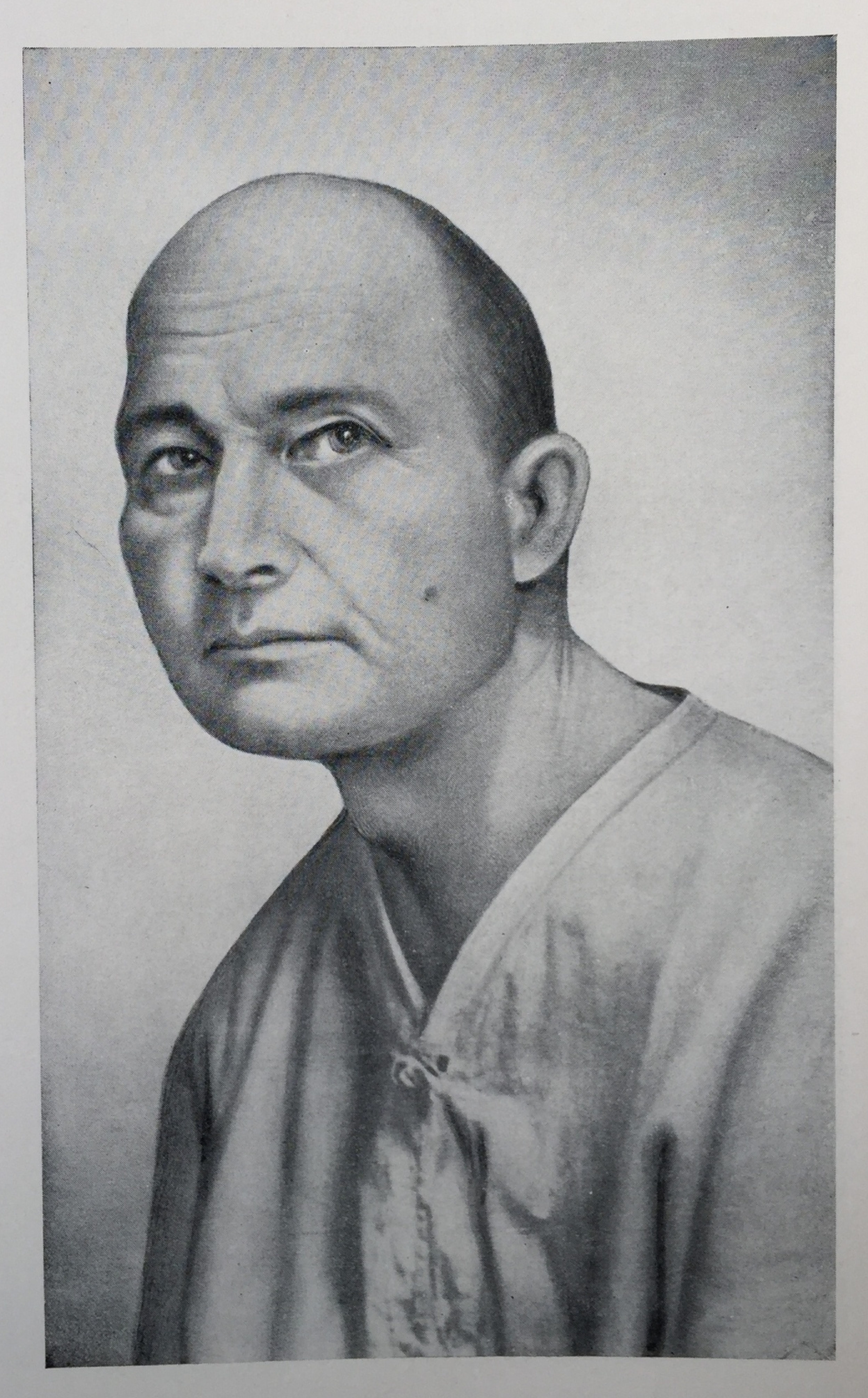


Рис. 93. **Шизофрения.** Углубление патологического состояния. Боязливое выражение лица. Поворот головы в сторону. Широко раскрытые глаза, недоуменный взгляд.



Рис. 94. **Шизофрения.** Мимическая картина страха. Испуганный взгляд. Своеобразная «защитная» реакция лица. Оно как бы отворачивается от «видений» (зрительных галлюцинаций) и только взгляд «прикован» к ним. Полураскрытый рот готов к призывам о помощи.

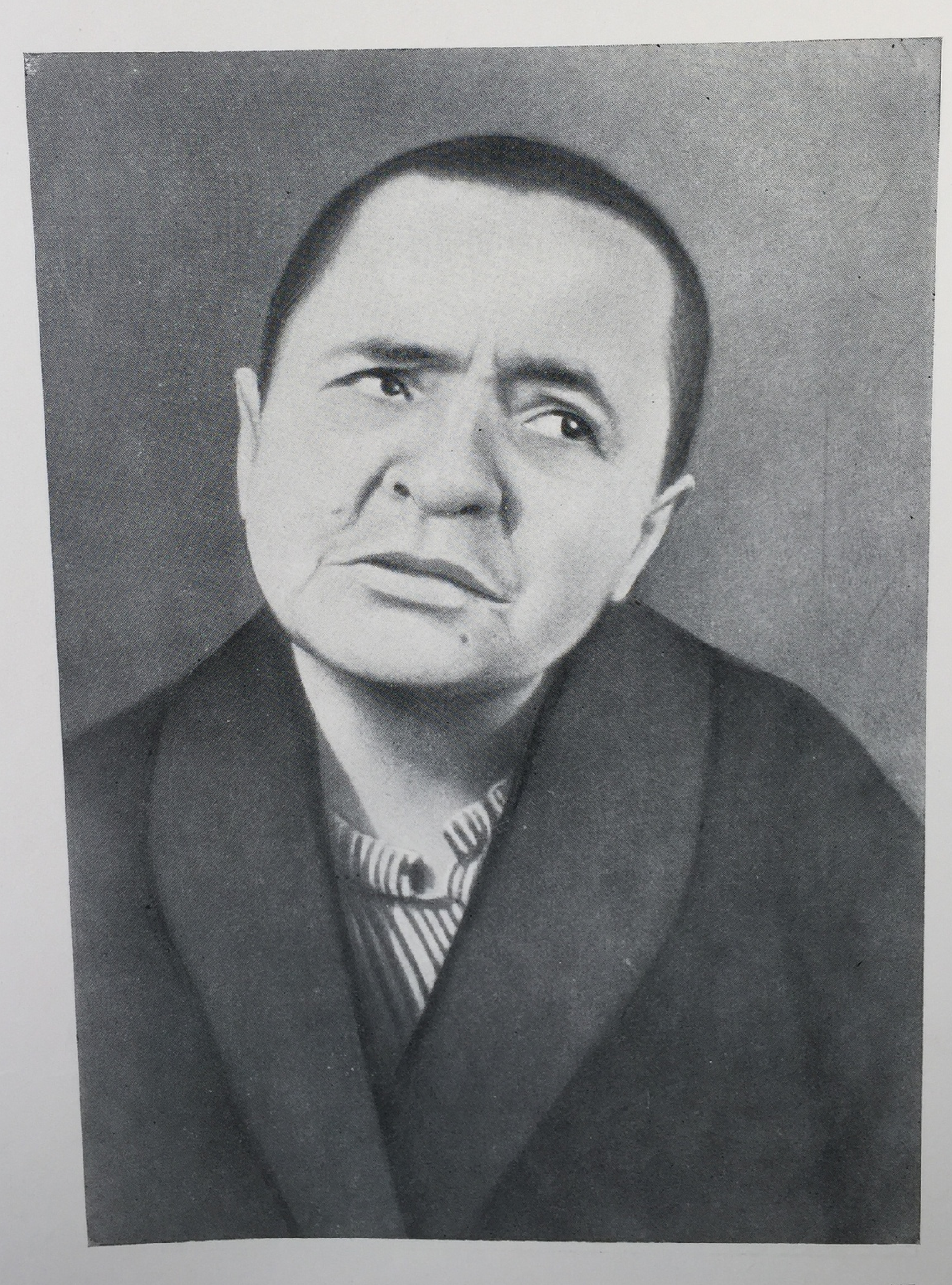


Рис. 95. **Шизофрения.** Мимика больного при приятных галлюцинациях. Самодовольное выражение лица, радостный взгляд, мягкая улыбка, блаженство.

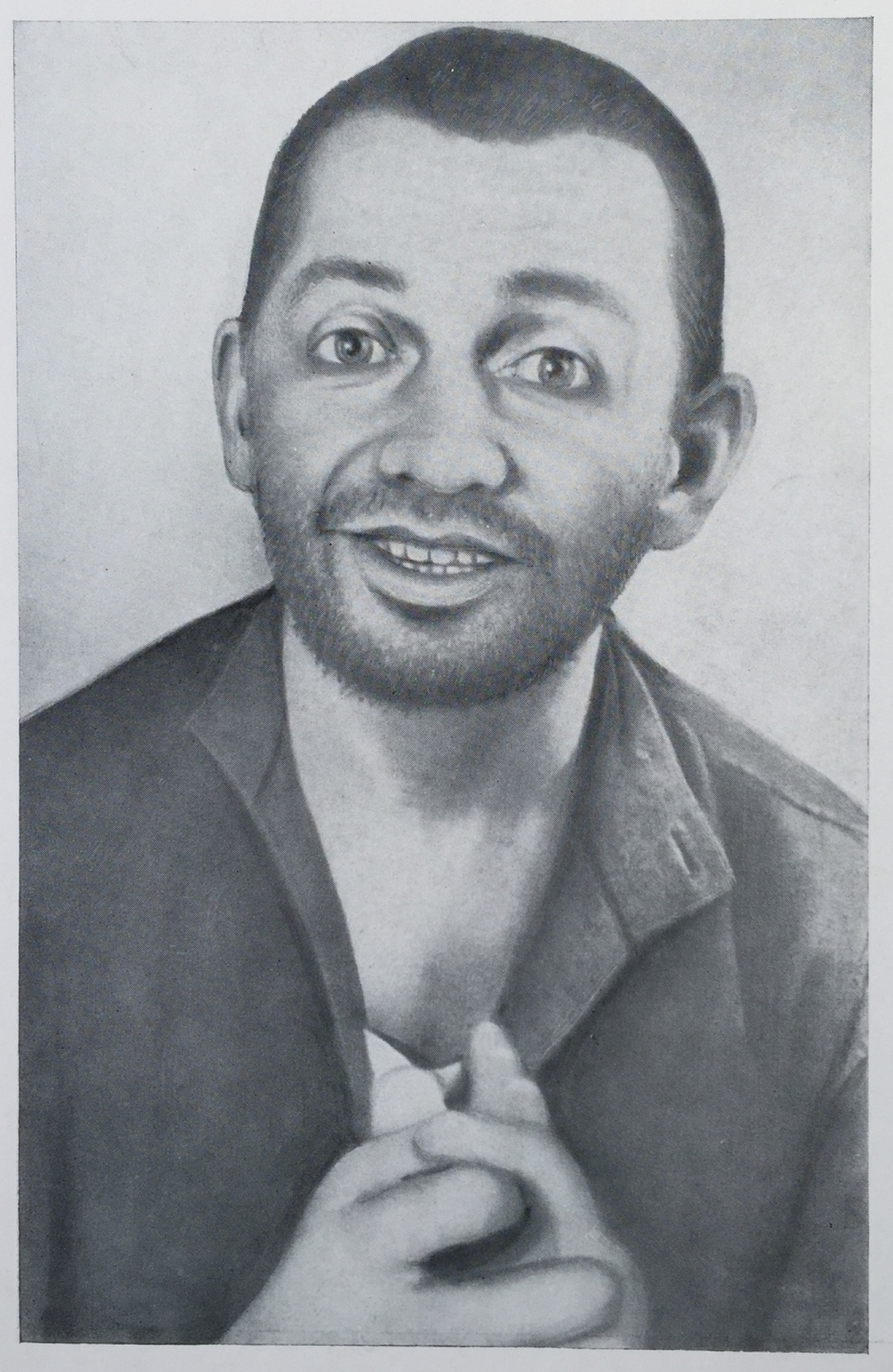




Рис. 96. **Шизофрения.** Галлюцинаторно-параноидная форма. Неприятные обонятельные галлюцинации. Страдальческое выражение лица. Верхняя губа подтянута к носу — своеобразная гримаса отвращения. Взор болезненный, тревожный.

Рис. 97. **Шизофрения.** Галлюцинаторно-параноидная форма. Бредовые высказывания. Отражение в мимике больного большой убежденности. Лицо собрано. Глаза устремлены вперед (на собеседника). Характерна пантомима рук. Больной приложил их к груди и этим жестом хочет уверить в истинности излагаемого им.

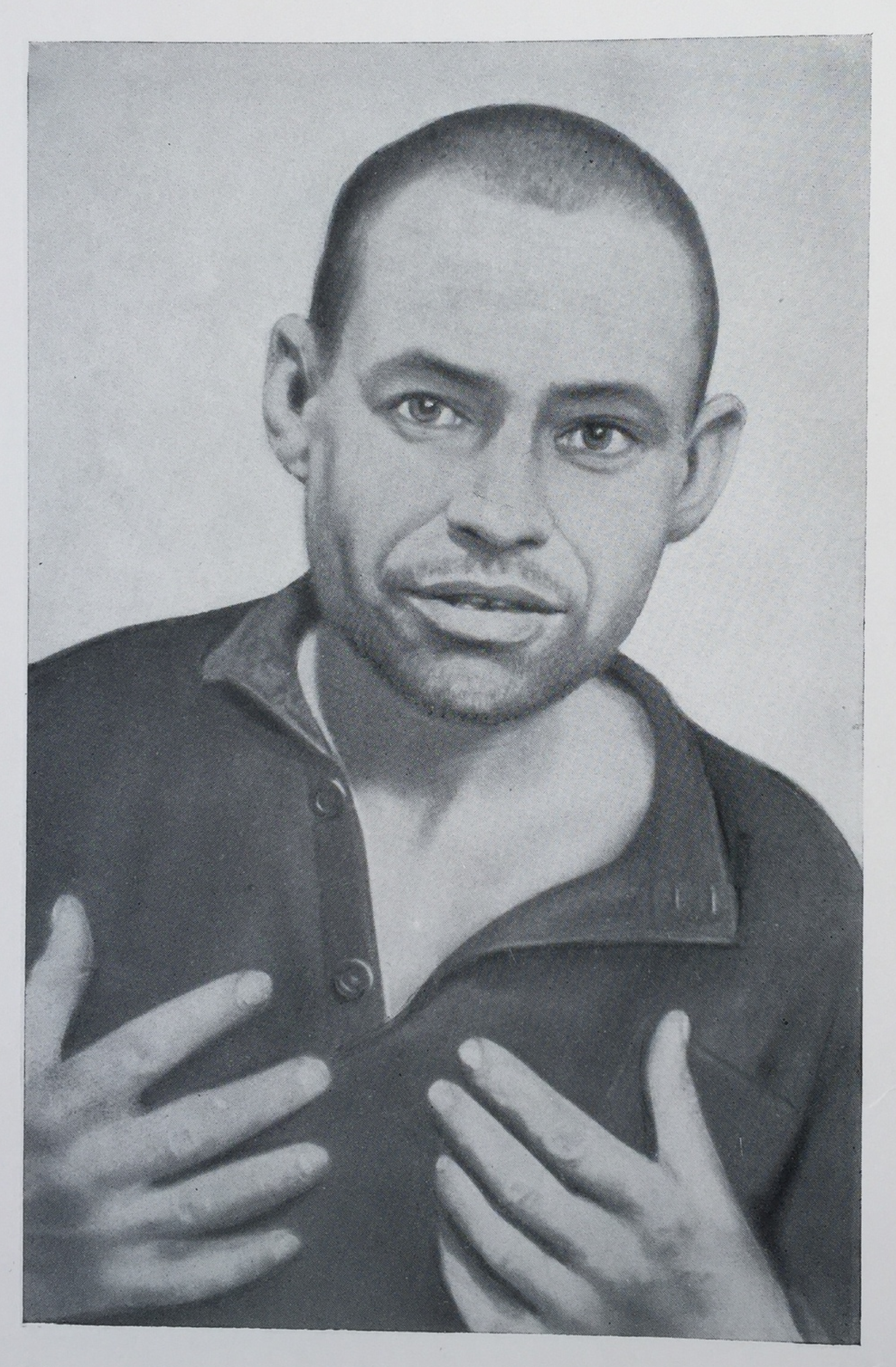


Рис. 98. **Шизофрения.** Галлюцинаторно-параноидная форма. Бредовые высказывания. «Ищущий» взгляд. Выразительна функция указательного пальца — характерный жест вопроса.



Рис. 99. **Шизофрения.** Галлюцинаторно-параноидная форма. Нигилистический бред. Злобное выражение лица. Вертикальные морщины у переносья. Суженные глазные щели, прищуренный взгляд — осуждающий и презрительный. Несколько раскрытый рот, искривленные губы.

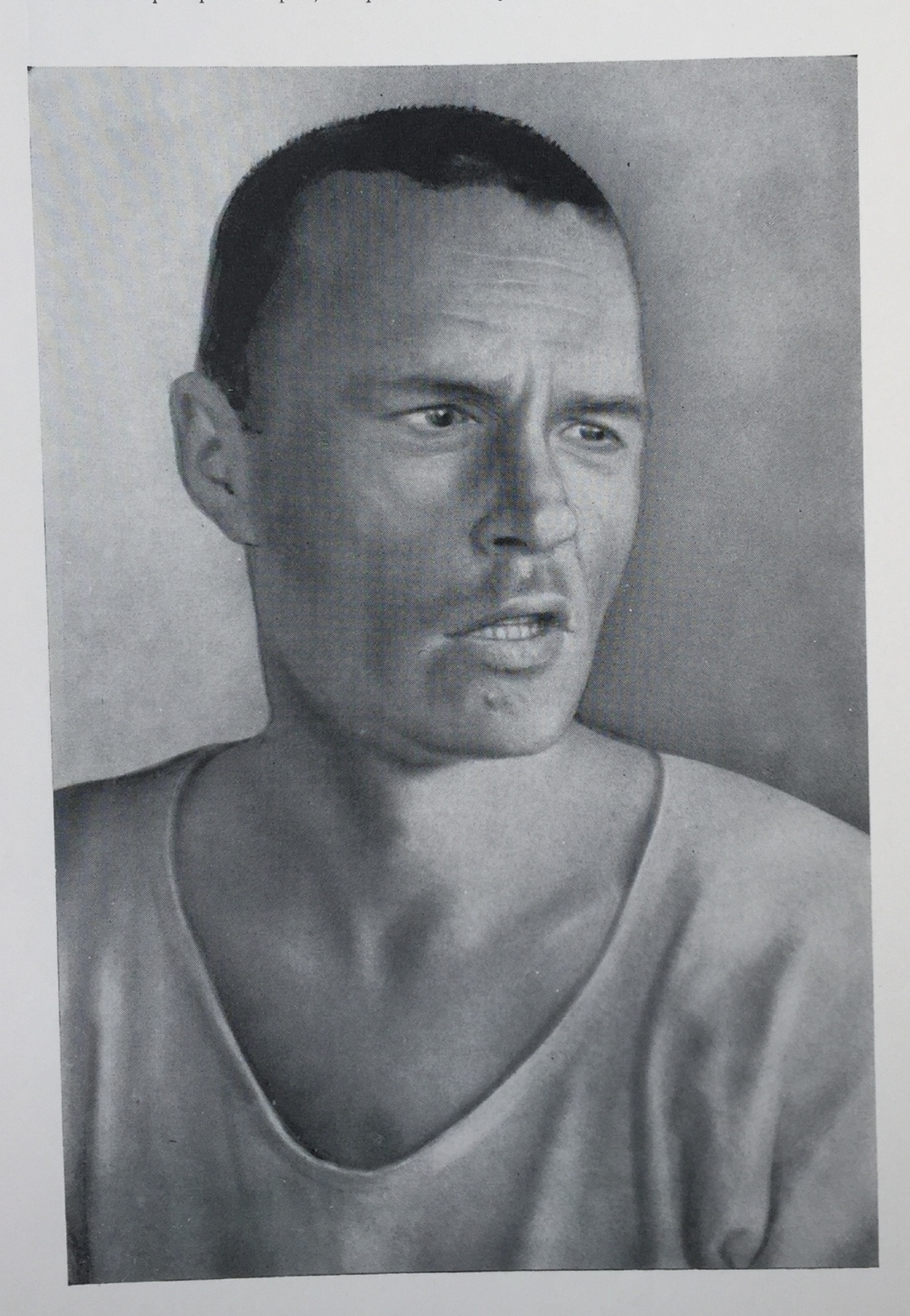


Рис. 100. **Шизофрения.** Галлюцинаторно-параноидная форма. Бред агрессивного содержания. Возмущенное выражение лица. Гневный взгляд. Широко раскрытый рот. Использование для пантомимы правой руки, приготовившейся к развороту и действию.

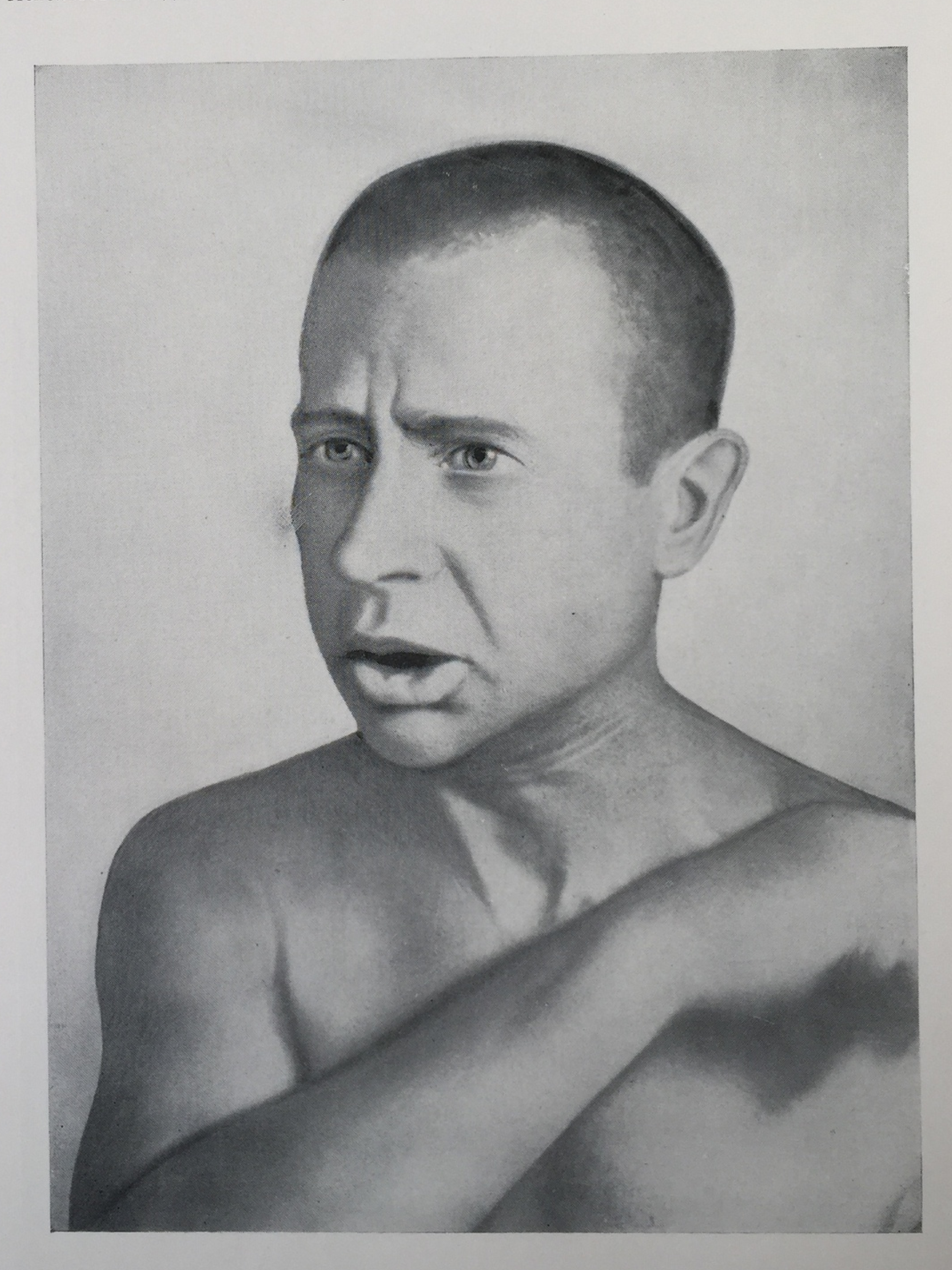
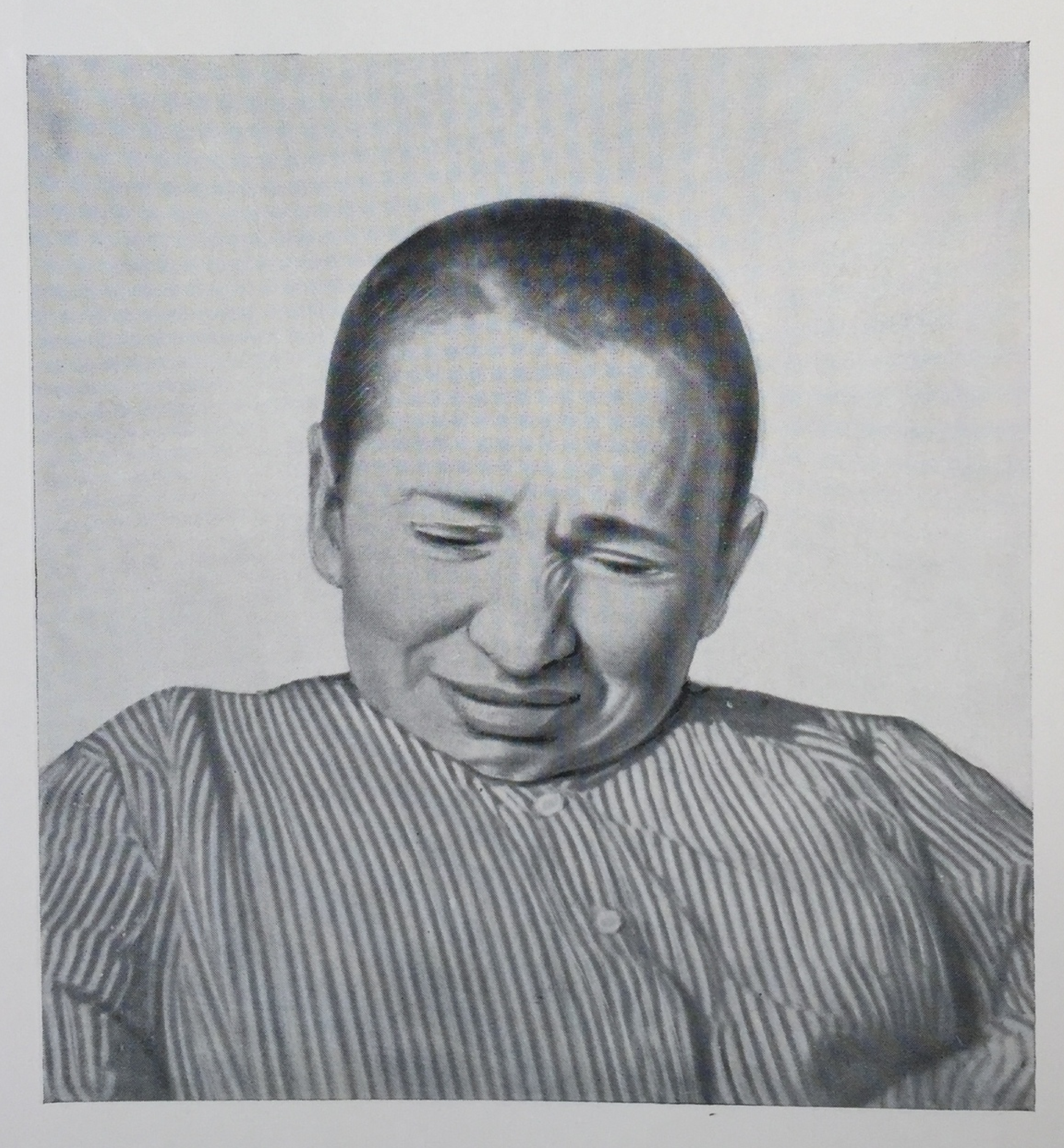


Рис. 101. **Шизофрения**. Ипохондрическая форма. «Безутешная скорбь». Голова горестно склонена на грудь. Глаза закрыты. Страдальческое выражение лица.



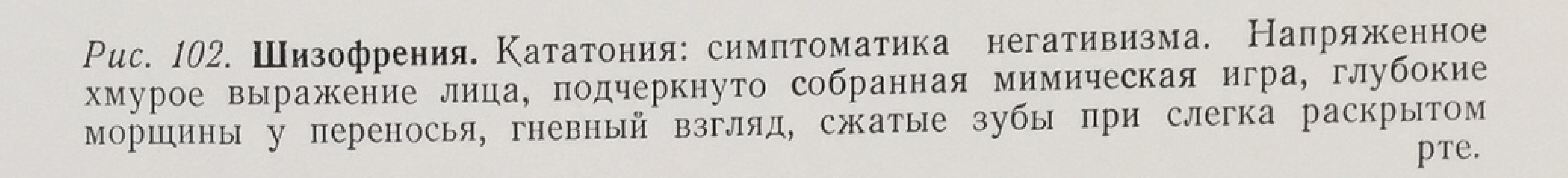


Рис. 102. **Шизофрения.** Кататония: симптоматика негативизма. Напряженное хмурое выражение лица, подчеркнуто собранная мимическая игра, глубокие морщины у переносья, гневный взгляд, сжатые зубы при слегка раскрытом рте.

Рис. 103. **Шизофрения.** Яркий случай застывшей парамимии у кататоника. «Разглаженность» левой половины лица в отличие от «собранности» и «выразительности» его правой половины. Акинезия мимических функций, доходящая до полной амимии.



Рис. 104. **Шизофрения.** Мимическое выражение «оцепенелого» лица. Голова приспущена, лицо застыло в напряженном (оцепенелом) состоянии, взгляд неопределенно устремлен вверх. Своеобразный уход в мир внутренних переживаний.



Рис. 105. **Шизофрения.** Кататония. Абортивный симптом хоботка. Губы несколько выворочены изнутри кнаружи. Рот полураскрыт, хотя больной молчит. Общее выражение лица тревожное. Положение руки входит в пантомиму заторможенности.

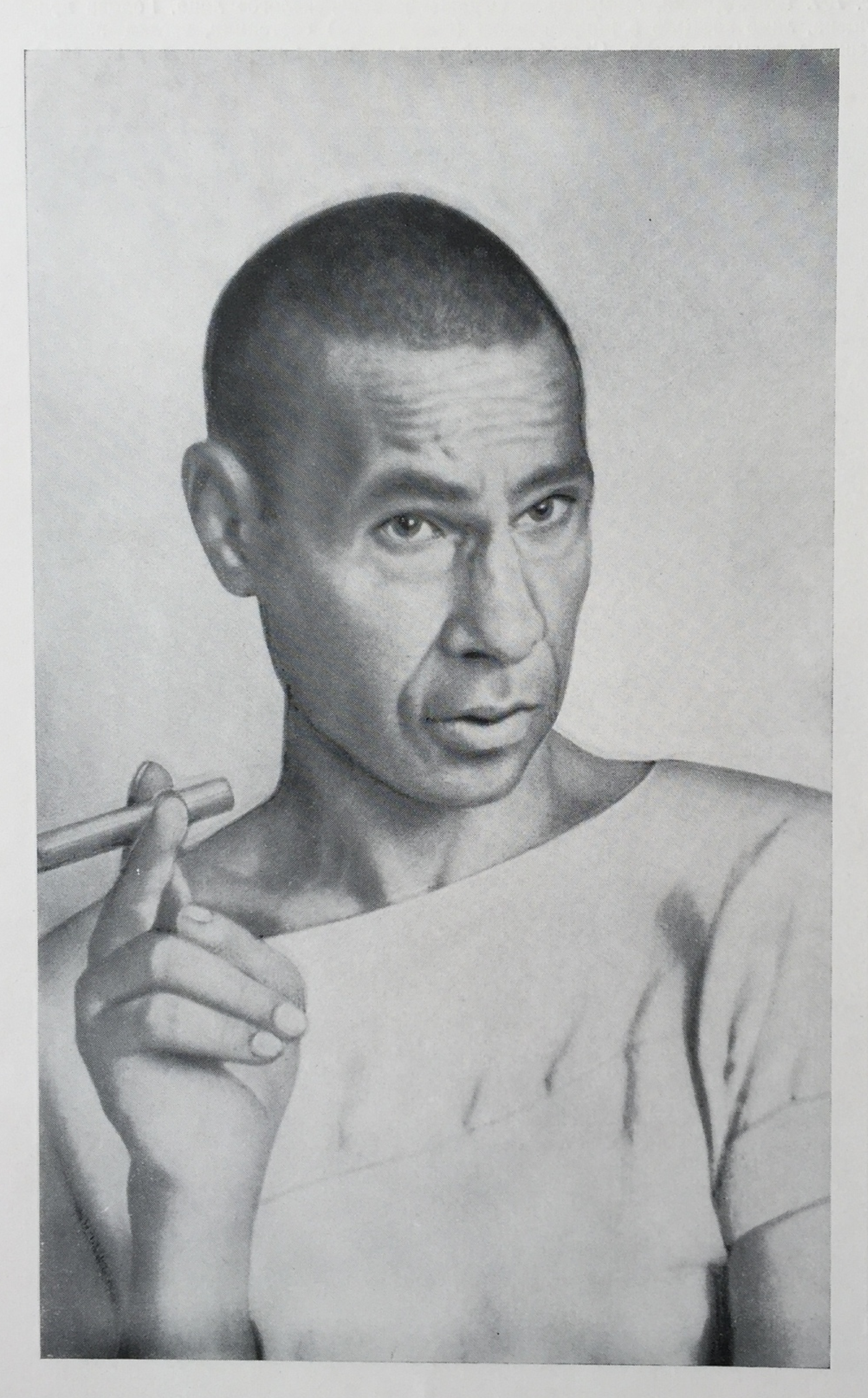
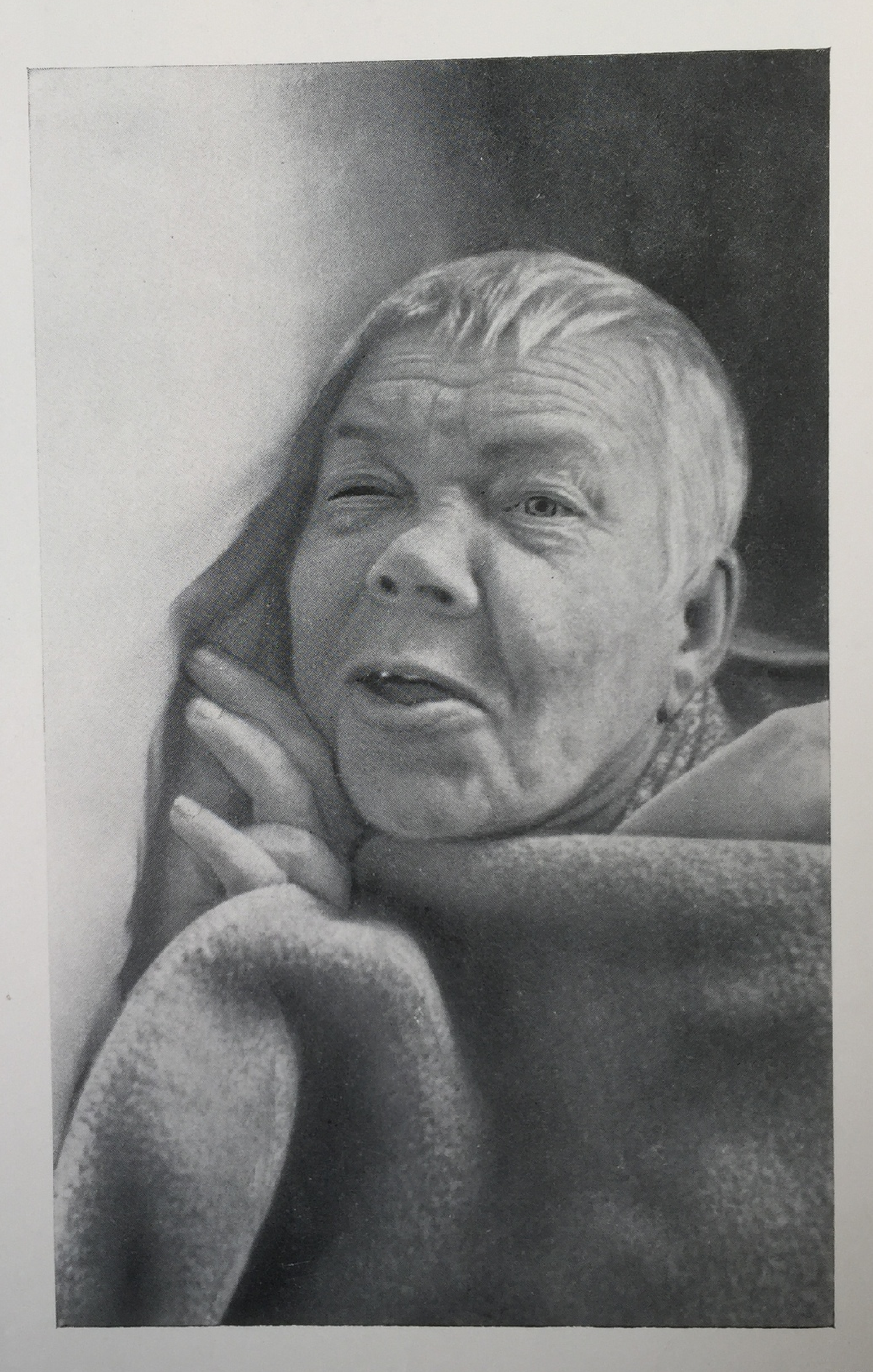


Рис. 106. Вариант клинической картины **склероза мозговых сосудов.** Слегка пастозное лицо. Серая, несколько отвисающая кожа. Птоз века правого глаза. Раскрытый рот, неосмысленная улыбка.



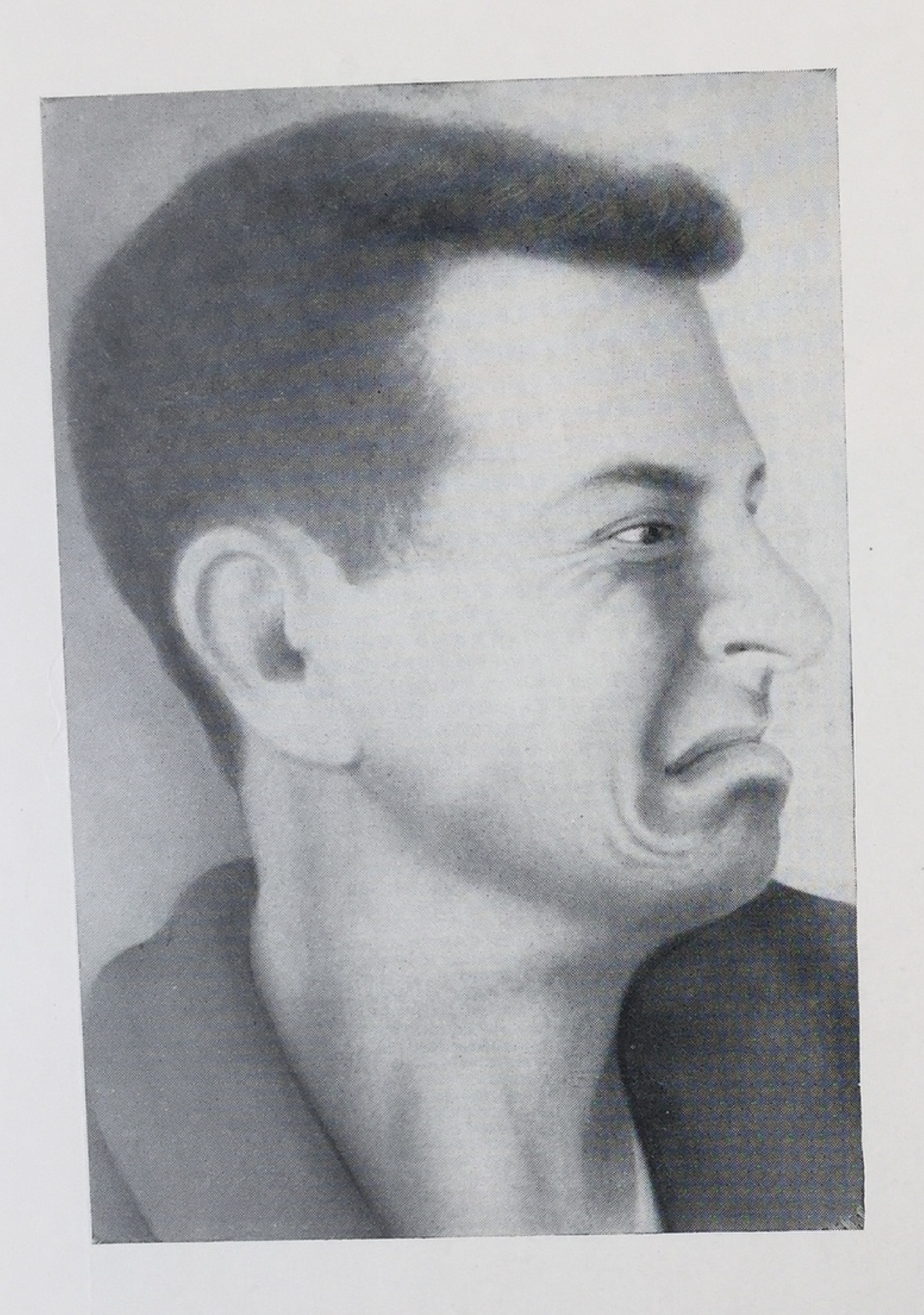



Рис. 107. **Лица морфинистов.** Слева — в состоянии агрессии, справа — эйфории. Обостренность контуров лица, блуждающий взор, деградация психики. Выразительно отвисание нижней губы.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Член-корреспондент АМН СССР профессор
ВАСИЛИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ КУПРИЯНОВ

доктор медицинских наук
ЛАЗАРЬ МАРКОВИЧ СУХАРЕБСКИЙ

врач
ГЕОРГИЙ ДАВЫДОВИЧ НОВИНСКИЙ

ЛИЦО БОЛЬНОГО

Атлас

под редакцией профессора С. С. МИХАЙЛОВА

Редактор *Я. Л. ГАРБУЗЕНКО*
Художественный редактор *И. Н. СУМАРОКОВА*
Технический редактор *Т. Я. КАНДАГАРЯН*
Корректор *В. В. ЧУРКИНА*

Подписано в печать 22/XII 1970 г. Формат бумаги 60×90 1/8. Печатных листов 7,5. Учетно-издательских листов 8,98. Тираж 5000. Заказ 757. Цена 1 р. 10 к. Издатбюро Республиканского объединения Медучпособие. (Москва, И-254, ул. Гончарова, 13).

Ярославский полиграфкомбинат Главполиграфпрома Комитета по печати при Совете Министров СССР. Ярославль, ул. Свободы, 97.


Fröhliche Weihnachten
Reber
Spezialitäten
Fröhliche Weihnachten

1 р. 10 к.


ЛИЦО БОЛЬНОГО